

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

N° 209

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

André-Henri MAZINGARBE

né le 6 janvier 1910, à Montargis (Loiret)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Des interventions chirurgicales
d'exérèse

dans les

suppurations annexielles
fébriles ou fistulisées

Président : M. PIERRE MOCQUOT, Professeur

PARIS

Librairie Louis ARNETTE

2, rue Casimir-Delavigne

1941

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

N°.....

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

André-Henri MAZINGARBE

né le 6 janvier 1910, à Montargis (Loiret)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

**Des interventions chirurgicales
d'exérèse**

dans les

**suppurations annexielles
fébriles ou fistulisées**

Président : M. PIERRE MOCQUOT, Professeur

PARIS

Librairie LOUIS ARNETTE

2, rue Casimir-Delavigne

1941

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE.

BRULÉ.

CATHALA

CHABROL.

CHEVALLIER

MONZELOT.

DUVOIR.

GASTINEL

LAROCHE (G.).

MOREAU

LIAN.

SÉZARY.

MM.

BASSET.

BROCO.

CADENAT.

GATELLIER.

DE GAUDART
DALLAINES

D'ALAINES.
EFV

FEY.
LEVELLE

LEVEUF.
MOILLON.

MOURE

MOORE,
OLIVER.

QUEND.

Clinique médicale.

Clinique chirurgicale

MM.

ECALLE.

ME TZGER.

PORTES.

VIGNES.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé. Education physique.

LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.

N... Stomatologie.

WEIL-HALLÉ Puériculture.



Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BEZANÇON (J.). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULANGER , Chimie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROUET Pathologie médicale.
 BULLIARD ... Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER Anatomie.
 COSTE Pathologie médicale.
 COUVELAIRE
 (Roger) Urologie.
 DELARUE ... Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREG (H.).. Physique.
 DESOILLE ... Médecine légale.
 DIGONNET .. Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE..... Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BREN-
 TANO..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD ... Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 M^{me} GAUTHIER-
 VILLARS ... Anatomie pathologique.
 N... Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.

MM.

GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOL.. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAITRE Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{me} J. LÉVY.. Pharmacologie.
 MARCHAL ... Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX .. Pathologie chirurgicale
 MOLLARET .. Pathologie médicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAIL-
 LIS Pathologie chirurgicale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER. Pathologie chirurgicale.
 FUGUENIN.... Anatomie pathologique.

MM.

Pathologie chirurgicale
 LE LORIER .. Obstétrique.
 NEVEU-
 LEMAITRE .. Parasitologie.
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY-RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique Médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIÈRE.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

A MES PARENTS

*Bien faible témoignage de reconnaissance
et d'amour filial.*

A MA FEMME

A MES AMIS

A MON MAITRE
ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE MOCQUOT

Professeur de Clinique gynécologique
Chirurgien de l'Hôpital Broca

Qui m'a inspiré ce travail et m'a constamment aidé de ses conseils depuis le début de mes études.

Témoignage de mon affectueuse reconnaissance et de mon profond attachement.

A MES MAÎTRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS :

ANDRÉ AMELINE

JEAN PATEL

ANDRÉ SICARD

MESSIEURS LES DOCTEURS :

HUET, LONGUET, MONOD (RAOUL-CHARLES),

PADOVANI

Chirurgiens des Hôpitaux

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOCQUOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEAN HUTINEL

(in memoriam)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ C. LIAN

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CH. RICHET

INTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BASSET

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEVEUF

MONSIEUR LE PROFESSEUR MONDOR

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOCQUOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CADENAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SENEQUE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DE GAUDART
D'ALLAINES

INTRODUCTION

Depuis longtemps, il est admis que les lésions annexielles à leur stade aigu sont justiciables du seul traitement médical. Celui-ci permet, dans bien des cas, d'obtenir la guérison ou tout au moins d'obtenir la sédation des phénomènes aigus ; une intervention chirurgicale ne sera pratiquée qu'ultérieurement, sur des lésions parfaitement refroidies.

La plupart des chirurgiens ne reconnaissent que deux indications opératoires, au stade aigu d'une suppuration annexielle :

— d'une part, l'existence d'un abcès du Douglas qu'il importe d'évacuer ;

— d'autre part, une péritonite généralisée par rupture ou perforation d'un pyosalpinx qu'il importe de traiter d'urgence par une laparotomie.

Cependant, nous pensons que ne se bornent pas là les indications chirurgicales dans le traitement des suppurations annexielles. Le chirurgien peut, dans certaines circonstances, se trouver obligé de pratiquer une intervention au stade encore fébrile de l'affection.

Sur les conseils de notre Maître, le professeur MOCQUOT, qui nous a inspiré ce travail, nous nous proposons de discuter les conditions dans lesquelles on peut être amené à pratiquer une intervention d'exérèse dans une suppuration annexielle encore fébrile, de préciser les lésions anatomo-pathologiques qui justifient cette intervention « à chaud ».

Et enfin, nous discuterons des indications et de la tactique opératoire, proposant une technique qui permettra de diminuer la gravité incontestable de ces interventions.

CHAPITRE PREMIER

Le traitement des annexites aiguës a passé par plusieurs stades :

Au siècle dernier, encouragés par les succès de la chirurgie aseptique, LAWSON-TAIT, PRICE et KELLY, SCHROEDER concluent à l'intervention systématique dans tous les cas de salpingite.

Quelques gynécologues, effrayés par le grand nombre d'opérations radicales alors pratiquées, tentèrent de s'opposer à cette règle opératoire trop absolue.

DELBET, dans son *Traité des suppurations pelviennes*, tentait de limiter les indications opératoires aux seuls pyosalpinx adhérents, d'un certain volume, qui peuvent se rompre et sont, de ce fait, justiciables d'une exérèse précoce.

Puis les réactions contre l'opération se firent de plus en plus vives. Les statistiques françaises et étrangères établirent, sans discussion possible, la gravité de ces interventions précoces.

D'autres critiques s'élevèrent :

— la possibilité de guérison d'un grand nombre de salpingites par un traitement médical bien conduit ;

— le trop grand nombre de castrations inutiles pour des lésions qui auraient pu guérir spontanément.

Il est, en effet, impossible, au stade aigu d'une salpingo-ovarite, de préjuger de l'état anatomique des lésions, de discerner ce qui n'est qu'inflammation catarrhale susceptible de régression, d'une lésion parenchymateuse ou suppurée irréductible.

SCHWARTZ, se faisant le défenseur du traitement médical, au cours d'une discussion à la *Société de Chirurgie*, rapportait les statistiques de son service : sur un millier d'observations, l'intervention n'avait été pratiquée que 74 fois.

Les statistiques étrangères arrivent à peu près aux mêmes conclusions : HENKEL, GUMBAROW, DUWE donnent un pourcentage de guérisons de 80 % par le seul traitement médical.

Si la persistance des douleurs, d'une tumeur annexielle uni- ou bilatérale, la répétition des crises, font envisager une intervention, celle-ci ne sera pratiquée qu'après certaines conditions obtenues :

— lorsque le traitement médical suivi par la malade aura été longtemps prolongé et exactement suivi ;

— lorsque la température sera restée normale depuis plusieurs mois ;

— lorsque cette température ne se réveille pas lors des touchers vaginaux ;

— lorsque l'abdomen reste parfaitement souple et indolent à la palpation ;

— lorsque la formule sanguine montrera un chiffre normal de leucocytes et de polynucléaires.

Enfin, pour les chirurgiens allemands, la vitesse de sédimentation serait un excellent test de refroidissement des lésions :

Si la sédimentation se fait en moins d'une heure, il y aurait persistance de l'infection ; si elle se fait en plus d'une heure, l'infection serait inexistante.

Le but, en effet, est d'intervenir à froid, sur des lésions qui ont perdu toute virulence et ne peuvent être réveillées par le traumatisme chirurgical.

D'autres considérations peuvent d'ailleurs intervenir dans le déterminisme de l'acte opératoire :

— l'âge de la malade, son milieu social, le nombre d'enfants, l'existence ou non de poussées annexielles antérieures, l'étiologie de l'infection, encore qu'il soit bien souvent difficile d'en préciser la nature gonococcique, streptococcique ou autre.

Certains chirurgiens, lorsque toutes ces conditions sont réalisées, pratiquent à ce moment l'opération radicale, l'hystérectomie subtotale ou totale avec ablation des annexes.

La plupart préfèrent, s'il est possible, un traitement conservateur dont les bons résultats ont été exposés au *Congrès de Chirurgie* de 1926, dans le Rapport de DE ROUVILLE et MOCQUOT.

Telle est la règle thérapeutique admise par la presque totalité des chirurgiens et gynécologues. On considère généralement comme un acte inutile et dangereux toute intervention à chaud sur les annexes, en

dehors de l'indication d'urgence que représente la rupture d'un pyosalpinx.

Cependant, il n'en reste pas moins vrai que, malgré le traitement médical le mieux conduit, et une guérison clinique aussi parfaite que possible, ces femmes restent trop souvent des malades :

- elles souffrent au moment de leurs règles ;
- elles sont sous la menace de nouvelles poussées salpingiennes ;
- elles restent, pour la plupart, stériles. D'après WESSEL, 15 % seulement des malades atteintes de salpingites et traitées médicalement, seraient enceintes ultérieurement.

Beaucoup ne veulent, ou surtout ne peuvent, pour des raisons sociales, se soumettre à un traitement médical qui les condamne durant plusieurs mois à une inaction absolue.

De plus, lorsque l'on parle de guérisons complètes des salpingites par le seul traitement médical, s'agit-il toujours bien de lésions véritablement salpingiennes ? Les accidents inflammatoires aigus du pelvis ne sont pas tous des annexites ; il existe indiscutablement des périmétrites, des périsalpingites, susceptibles de se résorber spontanément. Ces lésions ont pu être prises pour des annexites et leur rétrocession fait croire à la guérison d'une salpingite qui n'existait pas.

Aussi, depuis quelques années, certains auteurs sont revenus sur cette question et ont préconisé l'abandon

de l'abstention opératoire pour une thérapeutique chirurgicale plus active.

KATZ, en 1922, puis en 1929, s'est fait le défenseur de l'intervention précoce ; il rapporte, parmi une statistique de 236 observations, plusieurs cas de pyosalpinx uni- ou bilatéraux, opérés en période aiguë avec des suites favorables.

VIOLLET, en 1925, intervient sur un pyosalpinx au cours d'une poussée de pelvi-péritonite, de crainte d'une diffusion de l'infection ; il enlève la trompe malade. GOULLIoud, dans la discussion qui suivit cette communication, constate le succès d'une méthode plus active.

L'année suivante, BAILLAT et LOUIS MOREL pratiquent une salpingectomie unilatérale pour salpingite suppurée et fébrile.

Ces différents auteurs n'ont préconisé que des interventions radicales, ablation uni- ou bilatérale des annexes malades.

D'autres ont eu en vue une tactique d'emblée conservatrice, même chez des malades fébriles.

MORICE, en 1924, dans une thèse inspirée par LARDENNOIS, rapporte 10 cas de pyosalpinx traités par salpingotomie simple et nettoyage des trompes.

L'intervention est pratiquée au début de la période apyrétique et s'adresse à des femmes jeunes, désirant avoir des enfants et atteintes de salpingite bilatérale.

BOURNE-BOURNEY a opéré 11 cas de salpingites en période aiguë, par salpingostomie. Le but de cette intervention serait triple, selon cet auteur :

— prévenir l'extension à la grande cavité péritonéale ;

— prévenir la formation de séquelles ;

— ramener les trompes à l'état normal.

En 1932, notre maître LEVEUF présentait à la *Société de Chirurgie* une série de 506 cas de salpingite. Toutes ses malades ont été soumises d'abord au traitement médical. 290 malades ont été guéries rapidement par ce seul traitement. Dans tous les autres cas, les lésions annexielles ont persisté sans grand changement. Parmi celles-ci, 24 ont été opérées suivant les règles classiques ; les résultats ont été médiocres, et LEVEUF écrit : « En obéissant aux règles classiques et en n'opérant que des malades convenablement refroidies, la restauration de la perméabilité tubaire s'est montrée pratiquement irréalisable ; en effet, dans ces cas de vieille salpingite, les trompes sont recroquevillées, les adhérences sont organisées et très serrées, leur libération est difficile et entraîne un saignement en nappe. Les tuniques musculaires des trompes sont atrophiées, leurs orifices sont obli-térés. »

D'autre part, 29 malades ont été opérées moins de 3 mois après leurs crises ; 25 seules ont été suivies, dont 6 sont devenues enceintes et dont 12 ont montré une perméabilité tubaire normale au lipiodol.

La technique de LEVEUF a été exposée dans les thèses de Mme GAULIER-FALGUIÈRE et de PINTO.

L'intervention consiste en la libération des adhérences des annexes et du pavillon de la trompé : adhérences jeunes, donc lâches, non organisées, facilement clivables ;

— La mise en place des trompes en péritoine sain ; très rarement une salpingostomie, parfois une salpingopexie ;

— On termine par une hystéropexie isthmique.

LEVEUF conclut : « La chirurgie précoce fait preuve ici de plus de valeur conservatrice que le traitement médical. »

LAPEYRE, en 1933, dans le *Montpellier Médical*, rapporte 4 observations de malades traitées avec succès par la technique de Leveuf.

Plus récemment, notre maître AMELINE, dans un article du *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, adresse une critique sévère aux méthodes dites classiques de traitement des annexites.

Il reproche aux interventions à froid, la durée d'immobilisation des malades, les difficultés techniques de l'intervention, la fréquence des complications post-opératoires. « Depuis 8 ans, dit AMELINE, j'applique des indications opératoires bien différentes ; j'opère des malades au milieu d'un cortège de signes qui, tous, même isolés, paraissaient être autrefois des contre-indications absolues. »

« Nous opérons des malades qui souffrent, qui sont fébriles, qui peuvent présenter une leucocytose notable. » Seule, la contracture abdominale, même légère, sera une contre-indication opératoire formelle.

A cette intervention pratiquée « à tiède », AMELINE reconnaît de remarquables facilités techniques, facilité dans la recherche des plans de clivage, facilité dans la libération des adhérences ; les suites opératoires seraient particulièrement simples ; enfin la durée d'immobilisation des malades serait particulièrement écourtée.

L'an dernier, enfin, la thèse de Mme HUGUENIN-REVEL, inspirée par le professeur FERRARI, d'Alger, recommande l'opération précoce dans le traitement des pyosalpinx non tuberculeux unilatéraux. Elle rapporte la statistique de FERRARI qui a pratiqué 5 fois la salpingectomie unilatérale précoce avec 4 excellents résultats, dont un cas suivi de grossesse et un résultat médiocre.

D'autres interventions précoces ont été pratiquées pour salpingite au cours de la grossesse. Nous étudierons plus loin l'association salpingite et grossesse et les sanctions thérapeutiques qui en découlent.

Nous voyons donc un certain nombre de chirurgiens s'élever contre le traitement généralement adopté dans les salpingites et apporter des résultats qui semblent confirmer leur manière d'agir.

Que faut-il en penser ?

A notre sens, leurs observations et leurs indications opératoires comportent, en général, une variabilité assez grande et même, pour certains, une part d'imprécision.

Tout d'abord, le moment de l'intervention est inégalement défini :

— pour les uns (AMELINE, FERRARI), intervention précoce signifie intervention faite en période fébrile;

— pour d'autres (LEVEUF, MORICE), il s'agit d'une intervention pratiquée au début de la période apyrétique.

Les lésions qui commandent l'acte chirurgical sont aussi variables suivant les auteurs.

C'est ainsi qu'AMELINE, dans son article, ne précise pas si l'intervention « à tiède » s'applique à des salpingites uni- ou bilatérales, si l'intervention envisagée sera radicale ou conservatrice. Il semble conseiller l'intervention systématique dans toute salpingite.

Il existe aussi une certaine part d'imprécision dans la dénomination des lésions. Très souvent, pyosalpinx, salpingite suppurée, abcès péri-tubaires, abcès de l'ovaire, sont rangés sous la dénomination commune d'annexite ou sont désignés à tort du terme de pyosalpinx.

Ce sont là des confusions regrettables qui, au point de vue thérapeutique, ne sont pas sans intérêt. Il importe de rappeler très rapidement la définition anatomique de chacune de ces lésions.

Le pyosalpinx est une trompe kystique dont le contenu est purulent et dont le pavillon est oblitéré. C'est

là une entité qui implique, en général, la non-guérison par un traitement médical et qui semble justifier une intervention chirurgicale précoce.

La salpingite suppurée, au contraire, implique une trompe dont le contenu est purulent, mais dont le pavillon est ouvert et plus ou moins entouré d'adhérences. La résorption du pus est ici possible par un simple traitement médical.

C'est au milieu de ces adhérences péri-salpingiennes que peuvent se développer des abcès péri-tubaires ; souvent, la rupture de ces poches péri-tubaires dans la grande cavité péritonéale est prise à tort pour une rupture de pyosalpinx.

Nous n'insisterons pas sur les abcès développés dans la paroi tubaire elle-même qui sont exceptionnels ; quant aux abcès de l'ovaire, ils constituent une lésion bien spéciale dont nous verrons plus loin l'importance clinique ; ils peuvent être isolés, coexistant avec une trompe saine ou bien être associées à des lésions tubaires, réalisant, dans certains cas, l'abcès tubo-ovarien.

Les cas opérés par LEVEUF rentrent à peine dans cette étude, puisque LEVEUF n'opère que des malades déjà refroidies en partie, c'est-à-dire dont la température et la leucocytose sont revenues à la normale, malades ayant eu un traitement médical sérieux et dont les lésions persistent après 2 ou 3 mois d'observation.

Enfin, LEVEUF ne s'est adressé qu'à une variété bien précise : la salpingite bilatérale avec rétroversion. Or,

parmi toutes les variétés anatomo-cliniques de salpingite, celle-ci est la plus réfractaire au traitement médical, la grossesse ultérieure ne s'observe pratiquement jamais, et les douleurs persistantes sont habituelles.

Aussi, nous adoptons pleinement la manière d'agir de LEVEUF. Il est inutile de prolonger indéfiniment un traitement médical que l'on sait inopérant. Mieux vaut un traitement chirurgical assez précoce, peu après la chute de la courbe thermique. Notre maître, le professeur MOCQUOT, rappelle d'ailleurs, à ce sujet, une idée de DELBET d'après lequel « il y aurait, dans les appendicites et autres infections, 10 jours après le retour de la température à la normale, une période pendant laquelle existe une sorte d'immunité locale, qui ne persiste pas, mais qui permet d'opérer sur des lésions inflammatoires, sans crainte de les voir se réchauffer ».

Le Professeur Mocquot a pratiqué plusieurs fois l'opération selon les indications données par LEVEUF, avec d'excellents résultats.

Quant aux opérations pratiquées d'emblée en période fébrile, dont les salpingites aiguës bilatérales, nous leur restons résolument hostiles: les deux critiques les plus sévères à leur rencontre restent justifiées :

— d'une part, la possibilité de guérisons parfaites anatomiques et cliniques, par le simple traitement médical. Tous les chirurgiens ont observé des femmes présentant un tableau d'inflammation pelvienne aiguë

bilatérale, avec de grosses masses annexielles ou péri-annexielles ; sous l'influence du traitement, on assiste à la régression et à la disparition complète des symptômes locaux.

— d'autre part, l'impossibilité d'apprécier exactement la part qui revient à chaque organe en pleine poussée aiguë, lors de la laparotomie. La tumeur annexielle inflammatoire est en effet constituée par plusieurs éléments différents, au milieu desquels la participation annexielle propre est impossible à délimiter. D'où trop de chirurgie radicale, pas assez de conservation.

Les interventions conservatrices préconisées par MORICE et BOURNE-BOURNEY, salpingotomie ou salpingostomie, en période aiguë, ne nous paraissent pas sans danger ; en effet, il nous paraît bien hasardeux de laisser au fond du pelvis la paroi d'un pyosalpinx, trompe ouverte et infectée.

Une indication opératoire, à notre avis, peut se poser en période fébrile dans le cas d'une salpingite unilatérale, ou plutôt d'un pyosalpinx nettement diagnostiqué, ainsi que l'avait préconisée DELBET.

L'unilatéralité des salpingites a été beaucoup discutée ; certains ont nié leur existence.

Nous les croyons rares, mais leur réalité ne peut être mise en doute.

L'appréciation de leur fréquence diffère beaucoup suivant les auteurs :

— d'après MARTIN, les salpingites de première invasion n'atteindraient qu'une seule trompe dans 68 % des cas;

— d'après GOTH, dans 14,8 % des cas.

Ces statistiques sont presque opposées, et une telle différence se conçoit aisément; il est très délicat de juger de l'intégrité absolue d'une annexe :

— parfois existe, à côté d'un gros pyosalpinx, une lésion minime du côté opposé et l'on parle pourtant de salpingite unilatérale;

— parfois, et d'après certains, l'unilatéralité est un stade transitoire. POLLOSSON écrit ainsi : « L'unilatéralité des lésions est réalisée plus souvent qu'on ne le croit généralement, et lorsque les lésions sont bilatérales elles ne sont pas contemporaines et restent toujours d'une importance très inégale : la trompe la plus anciennement touchée est toujours la plus malade. »

Il apparaît toutefois bien que, dans certaines observations, l'unilatéralité vraie existe anatomiquement.

DESMAREST et CVITANOVITCH en rapportent 7 observations.

DE ROUVILLE et MOCQUOT insistent sur le fait qu'il existe des cas dans lesquels l'annexe laissée est absolument saine et que l'ablation du côté malade guérit totalement et définitivement la malade.

Un fait curieux à noter d'ailleurs : les salpingites unilatérales sont le plus souvent suppurées.

Dans la statistique de DESMAREST, 6 fois sur 7, il a été trouvé un ovaire ou une trompe ou un ovaire et une trompe suppurés.

Faut-il rejeter la temporisation, lorsqu'on se trouve en présence d'une lésion cliniquement unilatérale ? M. MOCQUOT posait le problème en 1926: « L'unilatéralité des lésions est-elle un argument en faveur d'une intervention précoce ; est-elle une raison d'opérer alors que la maladie est encore récente et que les signes ne sont pas trop accentués, à la condition bien entendu qu'ils persistent après un traitement médical sérieux. »

Depuis, il exprime ainsi son opinion en 1932 :

« Pour moi, je n'ai pratiqué les interventions précoces que dans des salpingites cliniquement unilatérales; j'étais ainsi arrivé à penser qu'il était préférable d'intervenir de bonne heure pour enlever la trompe malade, et qu'on a ainsi plus de chances de sauvegarder la trompe saine ou de la voir guérir, si elle est peu atteinte. »

Plusieurs chirurgiens adoptent cette conduite et apportent les résultats de leur pratique :

CHOMÉ et PETIT écrivent : « L'annexectomie unilatérale pourra se discuter en présence d'une annexite d'une certaine importance et dès le début, pour éviter l'extension à l'autre trompe. »

PAPIN : « L'existence dûment constatée d'une lésion unilatérale bien objective, semble justifier l'opération précoce chez une femme jeune, dans le but de sauvegarder l'autre côté. »

Quand pratiquer cette intervention ?

L'opération devra toujours être précédée du traitement médical; si, malgré ce traitement, les signes généraux et locaux persistent, après 10 à 15 jours de traitement, si la lésion est bien unilatérale, si elle paraît bien limitée, pyosalpinx vrai, sans péri-métrite, ni péri-salpingite accentuées, on peut intervenir.

En effet, si la régression de poches abcédées péri-tubaires est possible par le seul traitement médical, le pyosalpinx vrai, développé aux dépens de la trompe dont le pavillon est bouché, n'a aucune chance de guérir sans intervention chirurgicale.

L'ablation unilatérale des annexes sera l'intervention pratiquée; elle sera, en général, suivie d'excellents résultats, ainsi que semblent le montrer les diverses statistiques.

CHAPITRE II

ANNEXITE ET GROSSESSE

L'existence d'une suppuration annexielle au cours de la grossesse est une éventualité rare, mais en présence de laquelle il faut savoir prendre une sanction thérapeutique.

Une discussion récente a eu lieu récemment à ce sujet à la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, à la suite d'une observation rapportée par BIDOIRE.

BRINDEAU, dans un article écrit à ce sujet, en 1917, rapportait 23 observations de salpingite compliquant la grossesse. Un certain nombre d'autres cas ont été publiés; nous en avons retrouvé quatorze dans ces dernières années.

La pathogénie de ces salpingites est très variable, tantôt la lésion annexielle précède à l'état de gravidité; il s'agit exceptionnellement alors de salpingite à gonocoques, puisque celle-ci est généralement facteur de stérilité, mais plutôt de salpingite consécutive à une infection puerpérale, suite d'un abortum ou d'un accouchement précédent.

Tantôt l'infection annexielle succède à une inoculation récente survenue au cours de la grossesse.

Dans l'étiologie de ces salpingites, on fait aussi intervenir le colibacille; on sait, en effet, combien la grossesse favorise la recrudescence ou l'éclosion d'infections d'origine intestinale à colibacilles.

Le diagnostic de salpingite au cours de la grossesse est souvent des plus difficiles. Les erreurs les plus communément faites sont celles de grossesse extra-utérine, de kyste de l'ovaire infecté ou d'appendicite.

Les symptômes apparaissent en général dans les six premiers mois, et c'est l'élément douleur qui attire l'attention.

A la suite des diverses observations rapportées et de la discussion qui s'ensuivit, l'accord semble être fait entre chirurgiens et accoucheurs sur la nécessité d'une intervention précoce, même en pleine poussée aiguë.

La temporisation et les tentatives de refroidissement semblent avoir donné de graves accidents, surtout après l'accouchement.

BRINDEAU rapporte deux observations à peu près analogues de grossesses douloureuses où le diagnostic d'annexite n'avait pas été fait. Après l'accouchement sont apparus très rapidement des signes de péritonite suraiguë. L'intervention n'a pas permis d'enrayer une évolution fatale chez ces deux malades, dont l'une était atteinte de pyosalpinx unilatéral, l'autre d'abcès de l'ovaire.

CAPETTE et DEVÉ ont présenté une observation semblable; grossesse douloureuse à partir du sixième mois. Accouchement prématuré au septième mois. Dans les jours suivants, péritonite suraiguë mortelle, malgré une intervention qui avait montré l'existence de deux gros pyosalpinx.

Les facteurs qui entraînent cette gravité sont variables, on a invoqué l'exagération de la virulence bactérienne par la puerpéralité (METZGER), la moindre résistance du péritoine pelvien à l'infection durant la grossesse, et enfin le fait que les contractions du travail favorisent, par la rupture des adhérences qu'elles entraînent, la diffusion du foyer septique.

Intervention précoce, même en période fébrile, est la conduite recommandée et adoptée par la plupart : HARTMANN, AUVRAY, BRINDEAU, METZGER et MOCQUOT partagent cette opinion.

Le développement progressif de l'utérus, les contractions utérines répétées, empêchent ou retardent le refroidissement des lésions.

Enfin, la lésion annexielle peut elle-même retentir sur l'évolution de la grossesse ; l'utérus étant bridé dans la cavité pelvienne par des annexes adhérentes, sa croissance est plus difficile, d'où risques d'avortement ou d'accouchement prématuré.

GRIMAULT, dans un cas de très gros pyosalpinx, a marsupialisé la poche à la paroi avec un excellent résultat ultérieur.

CAPETTE et SUREAU se sont contentés d'ouvrir la poche pyosalpingienne et d'y mettre un large drainage et ont obtenu la guérison de leur malade.

L'annexectomie unilatérale précoce nous paraît le traitement de choix, en présence d'une lésion annexielle chez une femme enceinte. Les suites opératoires en sont simples; dans 8 observations sur 10, la grossesse a pu être menée à terme sans incident.

S'il est possible, la conservation de l'ovaire sera recherchée, l'ablation brusque du corps jaune pouvant être un facteur néfaste dans l'évolution de la grossesse.

CHAPITRE III

DES ANNEXITES QUI NE REFROIDISSENT PAS

Nous avons vu dans la première partie de ce travail dans quelle mesure et avec quelles réserves pouvait être envisagée l'intervention chirurgicale dans les formes habituelles d'annexite.

Il est, d'autre part, une éventualité rarement observée en pratique, mais qui, lorsqu'elle se présente, pose un problème thérapeutique extrêmement complexe et grave. Il s'agit de salpingo-ovarites graves suppurées et fébriles dont il est impossible d'obtenir le refroidissement par le traitement médical le mieux conduit, ou même par des interventions chirurgicales de drainage.

LAWSON, TAIT, puis DELBET, avaient signalé cet aspect évolutif des annexites. Ce dernier écrivait dans son *Traité des suppurations pelviennes* :

« Dans certains cas, en dehors de toute poussée de péritonite, surviennent des accidents de septicémie ou même de pyohémie. Les accidents septicémiques sont les plus fréquents.

« Parfois, ils prennent une marche très aiguë, se traduisant par des symptômes typhoïdes avec fièvre intense; plus habituellement, on observe une forme très chronique, caractérisée par des élévations vespérales de la température avec frissons et amaigrissement progressif. »

J.-L. FAURE et SIREDEY signalent aussi cet aspect clinique : « Une salpingite qui ne s'améliore pas assez rapidement est une salpingite qui risque de devenir très grave. »

Dans les diagnostics anatomo-cliniques de LECÈNE, nous retrouvons signalée la même possibilité évolutive :

« Il arrive qu'une crise de salpingite ne cède pas au traitement médical le mieux conduit et qu'en présence d'un cycle fébrile persistant d'une atteinte progressive de l'état général on soit contraint d'intervenir chirurgicalement. »

Dans la littérature allemande de ces dernières années sur le traitement des annexites, nous n'avons pas retrouvé l'étude d'une telle forme clinique.

Dans les littératures anglaise et américaine, plusieurs chirurgiens ont signalé son existence.

COOKE parle de la persistance de la phase active de l'infection annexielle gonococcique.

BALDWIN dit : « Dans certains cas, du fait de la virulence de l'infection ou de la moindre résistance de la malade, l'affection évolue rapidement; il ne doit pas y avoir de délai pour l'intervention. »

Il s'agit d'une malade présentant tous les symptômes d'une salpingite aiguë, soit d'une première crise, soit du réveil de crises antérieures. C'est une crise grave, la température est élevée, leucocytose et polynucléose traduisent la virulence de l'infection. Il existe souvent une réaction pelvi-péritonitique associée avec contracture de la région hypogastrique. Les touchers vaginaux et rectaux montrent un utérus bloqué, immobilisé par deux grosses masses annexielles.

Le traitement médical classique est institué: repos absolu, avec glace sur le ventre, injections vaginales chaudes ou grandes irrigations telles que les recommande MÉTIVET, la vaccinothérapie, la thérapeutique de choc, ou la sulfamidothérapie sont simultanément ou successivement essayées suivant les prédilections de chaque chirurgien.

Parfois, à la suite de ces diverses thérapeutiques, un mieux a paru se manifester, mais très rapidement après quelques jours d'apyrexie relative, parfois spontanément, parfois simplement à la suite d'une ablation de glace trop précoce, se produit une nouvelle poussée douloureuse et persistante.

Dans d'autres cas, la thérapeutique médicale reste inopérante; un tableau d'infection générale grave persiste :

- la température oscille autour de 39°;
- le pouls reste en permanence accéléré;
- il existe un amaigrissement progressif avec asthénie et perte de l'appétit;

— la pâleur s'accroît;

— la formule sanguine montre une baisse du chiffre des globules rouges avec accentuation de la leucocytose et de la polynucléose traduisant la persistance et la gravité de cette infection.

Parfois se surajoutent des signes de rectite avec ténésme, écoulement glaireux ou de cystite (comme le montre notre observation III) traduisant l'adhérence de la poche suppurée à la vessie ou au rectum et faisant craindre la perforation dans un de ces organes.

Dans certains cas enfin, surviennent des métrorragies importantes qui aggravent l'anémie et par leur répétition et leur abondance posent parfois un problème vital.

À l'examen clinique, le toucher montre la persistance des masses annexielles douloureuses, sans tendance à la régression; parfois au contraire, la masse pelvienne augmente de volume, la contracture hypogastrique ne cède pas, on craint une diffusion dans la grande cavité.

En vérité, cette forme clinique de salpingite est très rare.

Dans une statistique de 1.200 cas de salpingite rapportés par FOLKE HOLTZE, 6 % se seraient montrées résistantes au traitement médical. Le Professeur DANIEL, qui a inspiré une thèse sur ce sujet, à un de ses élèves, a vu cette éventualité 4 fois sur 1.824 observations de salpingite.

ALDRIDGE, sur 1.066 cas, en a vu 13 résister au traitement médical.

LECÈNE a rapporté plusieurs observations de ce genre; l'une des plus typiques est celle d'une malade dont la température oscillait depuis deux mois entre 38 et 39°, et au bout de ce temps, après essai de toutes les thérapeutiques médicales, on trouvait encore au toucher vaginal un petit bassin bloqué « muré » et l'utérus perdu dans une masse indistincte et dure.

Nous rapportons plus loin sept observations de malades recueillies par notre maître M. Mocquot et qui répondent à ce type clinique.

Quels sont les facteurs anatomo-cliniques qui peuvent entraîner une telle évolution?

Ils sont assez nombreux, à notre avis, et méritent d'être étudiés séparément.

LECÈNE écrivait : « Les lésions qui entraînent une telle persistance de l'infection peuvent être soit une fistule entéro-salpingienne, soit une fistule vésico-salpingienne, soit la présence d'abcès de l'ovaire. »

Nous croyons que ce sont là effectivement les causes principales de cet aspect évolutif d'une annexite, mais nous pensons ainsi qu'il convient de faire une large place à l'infection secondaire des poches salpingiennes, sans même qu'il y ait perforation de la trompe dans un viscère creux ou dans le vagin.

Nous verrons aussi le rôle que peut jouer l'appendice dans ces tumeurs annexielles.

Dans un premier ordre de faits, il peut s'agir de salpingites ouvertes :

— soit chirurgicalement par colpotomie;

— soit spontanément dans la vessie ou un segment du tube digestif; exceptionnellement, comme il l'a été signalé, à la paroi abdominale antérieure.

Nous étudierons successivement ces diverses possibilités : à la suite de l'ouverture de la poche purulente, l'état de la malade s'est amélioré, la température a baissé, l'état général se remonte.

Mais plus ou moins rapidement, des incidents viennent troubler cette évolution : poussées douloureuses et fébriles, indices de rétention ou de formation d'autres poches abcédées. Une suppuration interminable va s'installer, qui peut mener la malade dans un état extrêmement grave, si une décision chirurgicale n'est prise à temps.

Parmi ces salpingites fistulisées, la variété la plus fréquente en est la salpingite fistulisée dans le vagin, par un orifice de colpotomie. Cette dernière intervention, dont les résultats immédiats paraissent excellents si l'indication en est bien posée, a vu ses résultats éloignés très discutés. Beaucoup de chirurgiens lui reprochent son insuffisance de drainage, d'où fistulisation et suppuration persistante.

WHARTON, dans un article des *Archives of Surgery*, étudie les suites éloignées des colpotomies; d'après 462 observations, il conclut à la valeur curative de l'intervention dans 25 % des cas seulement. Tous les autres cas, ayant nécessité, après une amélioration transitoire, une laparotomie.

LECÈNE, dans son *Traité de thérapeutique chirurgicale*, dit que la colpotomie n'a qu'exceptionnellement une valeur curative.

DESMAREST et BENOIT, dans *Gynécologie et Obstétrique*, étudient l'avenir des colpotomisées ; d'après eux, les résultats éloignés de la colpotomie sont intimement liés à l'état anatomique des lésions qu'elle se propose de guérir.

C'est là, nous croyons, le fait essentiel dans le pronostic. Lorsque la colpotomie s'adresse à une suppuration péri-tubaire :

- phlegmon de la base du ligament large;
- pelvi-péritonite purulente enkystée.

L'incision vide facilement et complètement ces collections; les parois de l'abcès constituées par du tissu cellulaire condensé, barrières fragiles contre l'infection, se résorbent spontanément. La guérison s'observe en général dans tous les cas.

Au contraire, lorsque la colpotomie ouvre une poche annexielle véritablement tubaire, les parois de l'abcès ne peuvent se rétracter, il persiste une vaste poche résiduelle infectée et tapissée de muqueuse. Muqueuses tubaire et vaginale tapissent l'orifice de colpotomie. Une fistule s'installe et n'a aucune tendance à se fermer. L'infection secondaire inévitable gagne la trompe et entraîne une suppuration persistante. DESMARETS rapporte ainsi une observation où il a attendu six mois avant de réintervenir.

Après ces annexites ouvertes dans le vagin, viennent, par ordre de fréquence, les salpingites ouvertes dans le tube digestif.

DELBET avait déjà montré la gravité de ces abcès pelviens ouverts dans le rectum.

POZZI, FORGUE et J.-L. FAURE expriment la même opinion : la guérison peut survenir, mais le fait est rare; accidents de rétention, d'intoxication chronique se produisent qui peuvent entraîner la mort.

M. MOCQUOT a repris récemment l'étude de ces abcès pelviens ouverts dans le tube digestif (thèse de PICART-LEROY). L'ouverture dans le côlon pelvien serait aussi fréquente que l'ouverture dans le rectum. Il nous a même été donné de suivre une malade dont l'observation est publiée dans la thèse de PICART-LEROY et qui avait fistulisé ses poches salpingiennes dans le cæcum.

MOCQUOT insiste sur la gravité que peuvent présenter ces abcès ouverts dans l'intestin : dangereux par les phénomènes d'infection chronique qu'ils entraînent, par suite du passage incessant des matières à travers les cavités de l'abcès, dangereux aussi par les hémorragies secondaires qu'ils peuvent entraîner et qui peuvent amener la mort.

CHAVANNAZ, CHALIER conseillent l'hystérectomie abdominale, suivie de fermeture du rectum par suture. La gravité de cette intervention est énorme, du fait de la présence des matières fécales dans les lésions, de l'ouverture du rectum et des lésions intestinales

parfois importantes qu'il reste à traiter après l'exérèse.

Aussi le Professeur Mocquot propose-t-il, dans un premier temps, une dérivation intestinale par colostomie si la fistule siège sur le côlon pelvien ou le rectum; par anastomose iléo-transverse si la fistule siège sur le cæcum.

A la suite de cette intervention, on verra très souvent une amélioration de l'état général avec chute thermique.

Secondairement, lorsque les lésions seront moins infectées, une intervention par voie haute offrira le minimum de gravité.

Beaucoup plus rares sont les annexites ouvertes dans la vessie. Elles sont graves surtout par l'infection secondaire de l'arbre urinaire qu'elles entraînent : dangers de cystite, d'urétrite ou de pyélite ascendante.

Là encore, l'indication chirurgicale est formelle : intervention par voie haute, exérèse des lésions, suture vésicale.

A côté de la fistulisation, l'existence d'une autre lésion anatomique peut venir modifier complètement l'évolution d'une annexite. Il s'agit des abcès de l'ovaire, sur lesquels nous voulons maintenant insister.

Les suppurations ovariennes ont été signalées pour la première fois, semble-t-il, par SEYMOUR, à Londres, en 1830.

ARAN, SIREDEY, BRUNETY et GALLAND ont successivement étudié cette lésion et lui ont attribué une place dans l'ensemble des suppurations pelviennes.

DELBET est le premier qui ait donné une description assez détaillée de ces abcès. Depuis, LAUGER, CHOMÉ, LECÈNE, DELORD, MOULONGUET, en France; KAHR, FOSSEL, WATJEN, HENKEL et COSMA à l'étranger, ont tous à tour étudié la question.

Les abcès de l'ovaire peuvent être de plusieurs types :

— soit abcès primitifs et isolés de l'ovaire, qui constituent la lésion majeure;

— soit abcès secondaires à une infection génitale associés ou plutôt compliquant une salpingite ou une pelvi-péritonite.

Les abcès primitifs étaient, jusqu'à ces dernières années, peu étudiés dans les Traités de gynécologie.

TOURNEUX en rapporte deux observations.

DELORD, dans un Rapport à la *Société d'Obstétrique* en a observé 5 cas.

CHOMÉ, sur 110 cas de salpingite, a noté 17 ovarites suppurées et 6 d'entre elles paraissaient isolées.

WATJEN en décrit 8 observations.

Tout récemment, FOSSEL en rapporte trois cas.

Ces ovarites isolées surviennent en général chez des femmes jeunes, parfois des vierges. Ils succèdent alors à une infection extra-génitale, d'origine sanguine. Mais ils peuvent aussi s'observer comme lésion génitale isolée secondaire à une infection gonococcique ou streptococcique.

D'après un travail de WATJEN, sur 8 abcès de l'ovaire étudiés,

- 3 étaient dûs au gonocoque;
- 2 à l'association gono-strepto;
- 1 à streptocoque pur;
- 1 tuberculeux;
- 1 actinomycosique.

On a signalé aussi d'autres étiologies; notre maître M. D'ALLAINES a rapporté à la *Société de Chirurgie* une rupture d'un abcès de l'ovaire à pneumocoque, consécutif à une angine. KAHR écrit d'ailleurs que l'on peut observer, à la suite d'épidémies de grippe, un certain nombre d'ovarites suppurées. Accessoirement ont été signalés comme agent pathogène, le pneumobacille de Friedlander, le bacille d'Eberth, le colibacille; une étiologie intestinale, appendiculaire ou autre, est alors invoquée. Des anaérobies ont été exceptionnellement retrouvés.

La symptomatologie de ces abcès ovariens rappelle à s'y méprendre celle d'une salpingite. Mêmes signes fonctionnels, mêmes signes généraux.

A l'examen, une masse parfois volumineuse, habituellement assez bien limitée, dure et douloureuse, mais surtout unilatérale.

Le diagnostic n'est généralement pas fait; salpingite unilatérale, kyste de l'ovaire compliqué, fibrome sphacélé, sont généralement les diagnostics portés.

Mais l'élément caractéristique de l'abcès de l'ovaire est son évolution bien particulière.

KAHR écrit à ce sujet : « Chez des femmes sans atteinte antérieure de l'appareil génital, la température monte au-dessus de 38°, et cette température ne peut être supprimée par aucune thérapeutique; elle persiste des semaines et même des mois. La conséquence de cette température sur l'organisme, l'asthénie, l'anémie sont des symptômes concomitants. »

WAGNER a prétendu que dans l'abcès ovarien isolé, l'hyper-leucocytose fait souvent défaut, malgré la persistance d'une température élevée; il fait de ce symptôme un élément de diagnostic différentiel. Nous n'avons pas retrouvé ce fait dans plusieurs observations.

Nous rapportons une observation personnelle assez typique d'abcès de l'ovaire : l'évolution en est bien caractéristique :

M^{lle} E..., 20 ans, entre salle Notre-Dame, dans le service de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, le 16 novembre 1940, pour douleurs de la fosse iliaque gauche.

Ces douleurs sont apparues, il y a quelques mois, survenant par crises très marquées, qui obligent la malade à interrompre son travail.

Ces crises surviennent de préférence dans les jours qui précèdent les règles. Il existe une leucorrhée assez abondante, dans laquelle on ne trouve pas de gonocoque.

Dans les antécédents, on ne retrouve aucune manifestation pathologique, pas de fausse-couche, pas d'enfant.

A l'examen :

- la température rectale est à 38° 5;
- le pouls à 110;
- il existe une défense étendue de la fosse iliaque gauche;
- le toucher vaginal révèle l'existence d'une masse du volume du poing, douloureuse, assez bien limitée, comblant le cul-de-sac gauche;
- à droite, il n'existe aucune lésion perceptible;
- la mobilité utérine est très diminuée.

A l'interrogatoire, on apprend que cette malade était traitée depuis un mois pour les mêmes phénomènes; elle avait reçu successivement trois injections de Propidon, du Dagenan, et avait eu en permanence de la glace sur le ventre et avait gardé le lit.

Malgré cette thérapeutique, la température avait persisté, oscillant entre 38° et 39°.

A l'arrivée de la malade, nous instituons une thérapeutique de choc comportant trois injections intra-veineuses de lait. La formule sanguine montrait alors:

4.020.000 globules rouges,
10.000 globules blancs,
et 80 % de polynucléaires.

Après trois semaines d'observation, douleurs et température persistaient. La tuméfaction annexielle n'était pas modifiée. On se décide à l'intervention qui est pratiquée le 8 décembre 1940 :

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Il existe une grosse masse annexielle gauche, entourée d'adhérences lâches facilement clivables.

Ablation des annexes gauches.

Fermeture sans drainage.

L'examen de la pièce montre une trompe parfaitement normale recouvrant une masse grosse comme une orange. A l'ouverture de cette masse, il s'écoule un pus épais, bien lié. L'examen histologique confirme le diagnostic d'abcès de l'ovaire.

Cette observation nous semble assez typique :

Lésion annexielle unilatérale fébrile, persistant malgré toutes les thérapeutiques médicales, voilà le caractère essentiel des abcès de l'ovaire isolés.

En l'absence d'intervention, la poche suppurée tend à grossir et peut se rompre dans la grande cavité péritonéale.

Mieux étudiés ont été les abcès de l'ovaire secondaires, associés à une lésion génitale préexistante, salpingite ou abcès pelvien.

MOULONGUET, étudiant les comptes rendus opératoires de LECÈNE, a trouvé sur 110 interventions pour salpingites chroniques, 23 abcès de l'ovaire, c'est-à-dire 20,9 %.

CHOMÉ, sur 110 cas de salpingites opérées, a vu 9 ovarites compliquant les lésions tubaires.

DELORD pense que l'on n'a pas encore assez insisté sur leur fréquence.

Cette association de lésions ovariennes présente pourtant une grande importance pratique; elle con-

fièvre en effet à l'infection génitale une allure évolutive bien particulière, signalée par beaucoup.

De même que l'abcès ovarien isolé ne guérit pas par le traitement médical, l'existence d'une suppuration ovarienne empêche le refroidissement des lésions. Ce sont des annexites qui restent fébriles.

DELORD en rapporte quelques observations bien typiques où, malgré toutes les thérapeutiques médicales, les signes locaux et généraux persistent. Nous-même avons pu observer de pareilles lésions et leurs conséquences dans les observations I et III rapportées plus loin.

Le diagnostic clinique de cette lésion est bien difficile. Le plus souvent, devant l'échec du traitement médical, on pense à la tuberculose, on hésite alors à intervenir. Cependant, il faut savoir penser à l'abcès de l'ovaire dans certaines circonstances; en présence d'une lésion annexielle à prédominance unilatérale, qui ne réagit pas au traitement médical, qui reste fébrile et qui s'accompagne de stigmates sanguins d'infection, on peut envisager ce diagnostic.

Fistulisation et abcès de l'ovaire doivent, à notre avis, être considérés comme facteurs aggravants dans l'évolution d'une annexite suppurée.

Un autre élément peut aussi intervenir et empêcher le refroidissement des lésions, c'est l'existence d'une infection secondaire. Nous avons vu que, lors de la fistulisation, cette surinfection est constante; elle peut aussi se voir en l'absence de toute perforation de la paroi tubaire.

Qu'il s'agisse d'une salpingite gonococcique, streptococcique ou tuberculeuse, cette infection secondaire est assez fréquente. Il peut s'agir de saprophytes venant des voies génitales, vulve et vagin, ou bien de microbes, d'origine intestinale. Ce mécanisme d'infection secondaire des affections salpingiennes est très important. LECÈNE y insistait dans son *Traité de thérapeutique chirurgicale*. Il se développe au niveau de la trompe déjà infectée une infection secondaire qui donne un pus fétide, riche en microbes anaérobies.

Dans la tuberculose annexielle, ces associations microbiennes ont été maintes fois signalées. DOUAY et JAYLE ont insisté sur la coexistence de tuberculose génitale et de gonococcie ; pour eux, il s'agit alors d'une tuberculisation secondaire des trompes infectées ; pour MOULONGUET et BROCC, il s'agit plutôt d'une surinfection de lésions primitivement bacillaires.

En clinique, pareille association a été prouvée chez plusieurs malades : l'observation rapportée par MARGARET-SALMON est assez typique à cet égard :

Jeune fille de 18 ans, contaminée par le gonocoque, atteinte de bartholinite, puis de salpingite.

Les signes généraux et physiques persistant, on intervient ; il existe une grosse salpingite gauche.

L'examen histologique montre des lésions tuberculeuses surinfectées.

La malade de notre observation VI paraît aussi rentrer dans ce cadre.

Il est, d'autre part, une lésion qui, dans certains cas, peut venir troubler le diagnostic ou l'évolution d'une lésion annexielle, c'est l'appendicite. L'association appendicite et annexite a été souvent signalée.

HARTMANN y consacre un mémoire dans les *Annales de Chirurgie et de Gynécologie abdominales*.

Depuis, BEUTTNER, PANKOW, DIEULAFÉ ont tour à tour étudié la question. La fréquence de l'association appendicite et annexite est diversement appréciée.

D'après BEUTTNER, les lésions appendiculaires existaient dans plus de 23 % des annexites droites.

PANKOW, même, incrimine l'appendice comme lésion initiale dans 22 % de toutes les affections annexielles.

En réalité, il est souvent difficile de connaître le point de départ des lésions. S'agit-il d'appendicite pelvienne ayant englobé l'ovaire et la trompe dans ses adhérences ?

S'agit-il d'annexite avec péri-annexite ayant lésé un appendice anormalement bas ? Il est souvent bien difficile de se prononcer dans l'un ou l'autre sens. La bactériologie ne permet pas de conclure, le colibacille, microbe intestinal, pouvant être agent de surinfection d'une poche annexielle.

L'histologie montrerait, en cas d'appendicite secondaire, une intégrité de la muqueuse avec lésions marquées de la séreuse, en cas de lésions appendiculaires primitives, une atteinte de toutes les tuniques appendiculaires avec intégrité de la muqueuse tubaire.

Le plus souvent, en réalité, seul, un examen clinique minutieux, un interrogatoire soigné permettront d'apporter une présomption en faveur de l'origine appendiculaire ou annexielle.

Chez une jeune fille, en présence d'une tuméfaction annexielle droite survenant à la suite d'une crise abdominale aiguë, l'origine appendiculaire devra être suspectée. Voici l'observation d'une malade observée par le Professeur Mocquot :

Marie M..., 15 ans, entre à l'Hôpital Bichat le 20 février 1930, à la suite d'une crise abdominale aiguë, douloureuse et fébrile. Le diagnostic d'appendicite aiguë avait été porté par le médecin de ville ; mais comme il persistait, dans le petit bassin, une tumeur inflammatoire juxta-utérine droite, la malade fut mise sous surveillance. La persistance de cette tumeur qui paraissait annexielle fit décider l'intervention par une incision médiane.

Le 26 mars 1930, cœliotomie médiane sous-ombilicale. On traverse sans s'en rendre compte l'épiploon, très mince et complètement adhérent à la paroi abdominale.

A droite de l'utérus, existe une tumeur inflammatoire formée par les annexes droites adhérentes à l'intestin grêle. La trompe est épaissie et dilatée. Le pédicule externe étant masqué par des adhérences, on coupe la trompe à son extrémité interne et on poursuit l'ablation des annexes de dedans en dehors, en décollant peu à peu les adhérences. Le pavillon est

fortement adhérent à la paroi pelvienne. Ligature et section du pédicule utéro-ovarien.

Les annexes enlevées, on trouve dans la cavité laissée vide un calcul ovoïde, long de 2 centimètres, assez mou, ayant l'apparence d'un calcul appendiculaire. On va alors à la recherche de l'appendice. On en repère facilement la base qui est liée et coupée, et on continue l'ablation rétrograde en coupant de proche en proche le méso et en décollant les adhérences avec une anse grêle en dedans et avec la paroi en dehors.

La pointe de l'appendice, perforée, s'ouvre dans la cavité où était la trompe.

Enfouissement du moignon appendiculaire. Surjet sur le ligament large. Un drain dans la cavité. Suture en trois plans.

Sortie le 18 avril 1930.

Huit ans après, le 22 mai 1938, cette malade fait une crise d'occlusion intestinale. L'intervention pratiquée montre une forte bride prenant naissance sur la corne utérine droite, allant s'attacher sur la paroi postérieure de l'abdomen, à gauche, un peu au-dessus du promontoire, et enserrant le côlon pelvien dans son trajet. On sectionne la bride. Les suites sont très simples.

Dans cette observation, l'appendice était certainement à l'origine des lésions annexielles. Il s'agissait d'une malade vierge, sans aucun signe d'affection génitale, sans lésion du côté opposé, sans suspicion de lésion tuberculeuse.

Mais, dans nombre de cas, la lésion initiale est bien difficile, sinon impossible, à mettre en évidence. D'après BEUTTNER, les altérations appendiculaires sont à considérer, le plus souvent, comme la simple propagation d'une inflammation des organes génitaux sur l'appendice.

Cependant, au point de vue évolutif, nous voulons tirer une conclusion de cette association. Une lésion annexielle qui englobe l'appendice persiste malgré tous les traitements médicaux ; la malade reste sub-fébrile, la formule sanguine traduit la persistance de l'infection.

GREEN CUMSTON, de Genève, écrit : « Souvent, ces lésions sont considérées comme uniquement génitales et sont traitées comme telles pendant longtemps avec toutes les ressources de la gynécologie conservatrice, sans obtenir le moindre refroidissement. »

Nous avons observé récemment, dans le service de notre Maître, le Professeur agrégé DE GAUDART D'ALLAINES, une malade répondant à cet aspect évolutif :

Mlle C... Marguerite, âgée de 20 ans, entre le 20 novembre 1940, à la clinique Antoine-Chantin.

Cette malade, parfaitement bien portante jusqu'alors, était enceinte de trois mois. Le 5 novembre, elle fit un avortement provoqué par l'introduction d'une sonde rigide dans la cavité utérine. Depuis, elle continue à perdre du sang, elle a vomi, elle souffre

de ses deux fosses iliaques, sa température s'élève progressivement.

A son entrée dans le service, la température est à 39°, le pouls rapide, le faciès altéré. Au toucher vaginal, l'utérus est fixé, le cul-de-sac gauche est libre; à droite, existe un gros empâtement pelvien qui descend dans le cul-de-sac de Douglas.

Un traitement médical (sulfamides, propidon et glace) est institué. Bientôt, apparaît une diarrhée glaireuse, un abcès du Douglas s'est constitué.

La colpotomie est pratiquée le 27 novembre; elle donne issue à une grande quantité de pus fétide. Un gros drain est placé dans l'incision vaginale.

A la suite de la colpotomie, la température baisse progressivement, mais incomplètement; il persiste des oscillations thermiques entre 37°5 et 39°.

Une formule sanguine montre :

3.400.000 globules rouges,

22.8000 globules blancs,

69 polynucléaires.

La malade continue à souffrir de la région hypogastrique droite; l'orifice fistuleux suppure abondamment.

La température est instable, restant quelques jours à 37°, pour ensuite osciller de nouveau.

Le 28 décembre, le toucher vaginal montre un utérus complètement immobilisé par un gros empâtement latéral et postérieur droit, se continuant sans limite avec les parois du bassin. Cette masse est très douloureuse.

Plusieurs traitements médicaux, vaccination, sulfamides, grandes irrigations vaginales, sont tour à tour essayés ; ils n'influent en rien sur les lésions.

Sont apparus, en outre, des signes vésicaux avec mictions douloureuses et fréquentes, des urines troubles, dans lesquelles l'examen bactériologique a décelé des germes variés, colibacilles, streptocoques et staphylocoques.

Le 27 mars 1941, le toucher montre un utérus peut-être moins fixé, mais il persiste en arrière et à droite une grosse masse ligneuse, très douloureuse. A la suite du toucher, la malade fait un crochet fébrile à 39°.

L'examen de sang montre :

4.140.000 globules rouges,

12.400 globules blancs,

64 polynucléaires.

L'orifice de colpotomie s'est partiellement refermé.

En somme, cette malade présente, depuis trois mois, une masse annexielle droite, résistant aux traitements médicaux. Cette lésion annexielle n'est pas refroidie, puisque la malade reste subfébrile ; le toucher vaginal a déclenché une élévation brusque de température, la formule sanguine montre une élévation de la leucocytose.

Cependant, d'une part, l'état général de cette malade qui commence à décliner, d'autre part l'impossibilité d'obtenir une amélioration par le traitement médical, font envisager une intervention radicale.

Celle-ci est pratiquée le 22 mars 1941, par le Professeur agrégé D'ALLAINES :

Laparotomie médiane. Les annexes gauches sont saines. Il existe une annexite droite assez volumineuse, très adhérente à l'intestin grêle et au côlon que l'on libère.

Dans cette masse salpingienne, vient se perdre l'appendice qui est nettement malade. Il est difficile de dire s'il s'agit d'appendicite avec inflammation secondaire des trompes, ou du contraire. L'ensemble contient un pus fétide. Ablation des annexes et de l'appendice. Mikulicz dans la cavité pelvienne droite.

Suites opératoires : bonnes.

L'examen histologique n'a pas permis, dans ce cas, de déceler si la lésion originelle était appendiculaire ou annexielle.

En tout cas, la participation de l'appendice nous paraît un facteur aggravant dans l'évolution d'une lésion annexielle.

Pour terminer ce chapitre, nous signalerons une variété très rare et d'emblée grave : la salpingite gangréneuse, dont plusieurs observations avaient été rapportées par LEJARS et dont PALMER a vu un cas à l'hôpital Broca. Il s'agissait d'une jeune femme de 32 ans, amenée d'urgence à l'hôpital, dans un tableau extrêmement grave de péritonite généralisée. L'interrogatoire révélait un avortement provoqué dans les 10 jours qui précédaient, après un retard de règles de 3 mois.

L'intervention pratiquée d'urgence montra des lésions gangréneuses de toute la trompe droite et une perforation d'un abcès de la trompe gauche.

Malgré une ablation des annexes et un large drainage, la malade mourut.

Ce sont des annexites avec gangrène plus ou moins étendue de la paroi tubaire, s'accompagnant de symptômes physiques et généraux très graves, pour lesquels seule une intervention d'extrême urgence pourrait amener la guérison.

Tels sont, à notre avis, les divers éléments anatomo-pathologiques et bactériologiques qui peuvent modifier l'évolution des annexites et entraîner la persistance de symptômes pour lesquels le chirurgien se voit contraint à l'intervention.

CHAPITRE IV

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Dans toutes ces variétés d'annexites résistant au traitement médical et posant souvent un pronostic vital, l'indication opératoire est, à notre avis, formelle.

Beaucoup de chirurgiens redoutent, à juste titre, une intervention pratiquée en période fébrile ; ils craignent la difficulté de l'acte opératoire, sa gravité réelle, la fréquence d'accidents de choc chez des malades fatiguées et anémiées, la possibilité d'accidents septiques secondaires par diffusion dans la grande cavité péritonéale, les lésions intestinales ou vésicales qui peuvent encore aggraver le pronostic.

Pourtant, l'intervention est la seule planche de salut.

J.-L. FAURE et SIREDEY écrivent fort justement :

« Les annexites qui ne guérissent pas ou ne s'améliorent pas assez rapidement ont peu de chances de s'améliorer par la suite et le temps que l'on passe à attendre une guérison qui ne vient pas est un temps

bien mal employé. Une malade qui souffre et suppure est une malade qui s'affaiblit et qui voit de plus en plus diminuer les chances que lui offre l'opération. »

LECÈNE admet l'existence d'une telle variété d'annexite. « Il existe, dit-il, un type anatomo-clinique de salpingite aiguë qu'il faut opérer à chaud. »

Le Professeur DANIEL, de Bucarest, a inspiré la thèse d'un de ses élèves, GROZESCU, sur la nécessité d'intervenir à chaud dans certaines variétés de salpingites.

Des indications opératoires précises sont assez délicates à poser ; elles varient avec chaque cas particulier ; elles nécessitent une surveillance minutieuse de ces malades.

Ces indications opératoires peuvent se grouper sous trois aspects. Dans certains cas, existe une indication chirurgicale d'urgence. C'est alors le tableau d'une péritonite en voie de généralisation ; en quelques heures, sont apparus des signes d'atteinte péritonéale diffuse ; le diagnostic posé le plus souvent, surtout lorsque l'existence de l'annexite est connue, est celui de péritonite par rupture de pyosalpinx, et l'intervention est alors pratiquée d'urgence.

Pourtant, souvent, l'examen des lésions, une fois le ventre ouvert, ne montre pas de fissuration de la trompe ; rarement, on trouve des lésions typiques de salpingite gangréneuse, plus souvent, des lésions annexielles bilatérales, quelques gouttes de pus sortent des trompes par leur orifice abdominal, les anses

intestinales sont rouges et distendues ; ce tableau rappelle celui d'une péritonite à gonocoque ; un simple drainage suffira pour amener la sédation des phénomènes aigus.

Ou bien la diffusion péritonéale est plus lente. FIGARELLA et MADILHAC ont rapporté récemment une observation de péritonite diffusante et progressive au cours d'une salpingite suppurée :

Mme J..., 24 ans, entre dans le service en février 1938, pour salpingite aiguë avec réaction pelvi-péritonéale et sous-ombilicale. Au toucher vaginal, on constate des masses annexielles bilatérales.

Le traitement médical semble avoir raison de cette crise et la malade sort après trois semaines de traitement.

Elle est de nouveau hospitalisée le 27 avril 1938, pour une nouvelle crise qui, cette fois, ne rétrocede pas, mais va en s'aggravant ; la température a de grandes oscillations ; les douleurs abdominales sont très vives. Il existe une forte réaction péritonéale qui, d'abord localisée, tend à gagner peu à peu vers le haut.

Le toucher vaginal est très douloureux, mais aucune collection ne bombe dans les culs-de-sac.

La contracture s'étend peu à peu, gagne la région péri-ombilicale ; il y a arrêt des matières et des gaz.

Devant cette évolution progressive, malgré les différents traitements institués, on se décide à intervenir, le 9 juin 1938.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On éprouve de grandes difficultés à pénétrer dans l'abdomen, en raison des adhérences. Cependant, on arrive peu à peu à cliver la masse intestinale agglutinée que l'on refoule en arrière de l'utérus et des annexes tuméfiés. Il est impossible de reconnaître trompes et ovaires. Des poches purulentes sont découvertes. Deux Mikulicz sont placés de chaque côté, derrière l'utérus.

Cette intervention très rapide est bien supportée ; la malade sort guérie le 28 juin.

Revue plusieurs fois depuis ; ses règles sont normales, les douleurs ont disparu, l'utérus est en antéversion, il persiste un peu de périmétrite.

Cette forme diffusante progressive pose souvent un diagnostic délicat ; les signes de réaction péritonéale dans la région sous-ombilicale, les douleurs, l'arrêt des gaz, les vomissements, peuvent être des manifestations habituelles de pelvi-péritonite. Seule, l'extension de la contracture à la région péri et sus-ombilicale doit commander l'intervention.

Dans d'autres cas, l'indication opératoire est moins pressante, l'urgence chirurgicale est plus relative. C'est dans ce cadre que l'on peut ranger l'intervention en période fébrile des annexites ne refroidissant pas, des abcès de l'ovaire, des annexites secondairement infectées.

L'indication peut être basée, ici, sur des symptômes locaux : l'augmentation de volume progressive de la

masse annexielle, sa tension plus ou moins grande, sa situation élevée, qui font redouter une perforation. M. MONDOR insiste sur la nécessité de surveillance de ces malades : « Les ruptures de poches pelviennes hautes, sus-utérines, sus-salpingiennes, viennent quelquefois brutalement interrompre le traitement médical trop confiant, une vaccinothérapie optimiste. »

HUET écrit : « Il faut mieux prévenir la rupture qu'avoir à la traiter. Si, malgré le traitement, la masse annexielle augmente, la température ne baisse pas, le pouls reste rapide, il y a indication à intervenir. »

Bien plus souvent, ce sont les signes généraux qui doivent commander l'acte opératoire. Les signes locaux, en effet, ne se modifient que peu, ou bien leurs modifications sont d'interprétation délicate. Mais l'état général décline et s'altère progressivement, tantôt le rythme évolutif est régulier, tantôt il est entrecoupé de poussées fébriles et douloureuses ; l'amaigrissement, l'anémie, les sueurs, la sécheresse de la langue, l'accélération permanente du pouls composent un tableau alarmant. Il importe, après l'échec du traitement médical, de ne plus trop tarder.

Attendre, espérer toujours un refroidissement aléatoire des lésions, c'est exposer la malade et lui retirer toute possibilité de guérison.

Des dates sont difficiles à préciser, mais nous estimons qu'une annexite qui reste fébrile après de trois à six semaines de traitement médical exactement suivi, doit être opérée.

Enfin, il existe des cas où l'opération ne se pose pas d'une façon aussi urgente ; ce sont les salpingites fistulisées. En l'absence de signes généraux graves, la persistance de la suppuration est souvent la seule indication opératoire.

Sur une annexite fistulisée, le traitement médical reste inopérant, les lavages de la poche, les installations d'antiseptiques variés, n'arrêteront généralement pas cette suppuration. Sa persistance inquiète la malade et surtout va retentir sur l'état général ; des poussées de rétention avec infection secondaire viennent compliquer cette évolution.

L'intervention, ici, sera moins pressante ; cependant, elle seule peut amener la guérison.

En somme, nous voyons donc que les indications opératoires en période fébrile dans les annexites peuvent se poser dans trois circonstances :

— l'une où l'urgence est absolue, commandée par la diffusion péritonéale ;

— l'autre où l'urgence est relative, commandée par l'atteinte de l'état général ;

— l'autre, enfin, où l'urgence est moindre, l'intervention étant nécessitée par une fistule persistante.

CHAPITRE V

TACTIQUE OPÉRATOIRE

Nous venons de montrer l'existence rare, mais indéniable, de salpingites aiguës, suppurées, graves, qui réclament une thérapeutique chirurgicale à un stade encore fébrile de leur évolution.

Quelle conduite opératoire adopter vis-à-vis de telles malades ?

Beaucoup se refusent systématiquement à intervenir par voie haute, en l'absence de signes péritonéaux ; la colpotomie serait la seule intervention possible ; elle permettrait, dans la majorité des cas, d'obtenir le refroidissement des lésions.

Dans ces annexites suppurées, la colpotomie n'est pas toujours très efficace, et elle n'est pas toujours indiquée.

Certes, en présence d'une collection du Douglas, le premier acte chirurgical sera l'ouverture de cette collection par voie basse, intervention bénigne qui, parfois, abrégera singulièrement la durée des phénomènes aigus, mais qui, parfois, restera inopérante.

De même que nous l'avons vu pour ses résultats éloignés, les résultats immédiats de la colpotomie dépendent uniquement des lésions anatomiques auxquelles elle s'adresse.

S'il s'agit d'un abcès pelvien unique, la guérison pourra être obtenue rapidement et sans risque.

Mais, le plus souvent, dans nos observations, il s'agit d'abcès multiloculaires ; il existe plusieurs poches purulentes séparées par du tissu cicatriciel, adhérentes aux anses grêles, aux viscères pelviens. La colpotomie ouvre une collection, mais la température persiste, l'évolution se poursuit ; notre observation VI est assez typique à cet égard.

Le toucher vaginal peut montrer d'autres poches, d'autres incisions peuvent être faites ; mais à vouloir répéter ces incisions, on va perdre le repère essentiel qu'est la face postérieure de l'utérus ; ces tentatives de drainage du petit bassin vont entraîner une série de manœuvres dangereuses qui risquent de léser le rectum, l'uretère, une anse grêle, et parfois provoquent l'éclatement d'un abcès dans la grande cavité.

Parfois, l'incision n'évacue qu'une poche séreuse ; le Douglas est cloisonné ; le pus est plus élevé, inaccessible par voie basse.

Parfois, enfin, l'examen ne montre pas de masse saillante dans le cul-de-sac de Douglas, les poches purulentes sont hautes, sus-utérines, risquant de se rompre précocement dans la grande cavité. L'incision vaginale est alors contre-indiquée.

La colpotomie s'étant montrée souvent insuffisante pour assurer le drainage du petit bassin, PÉAN, SEGOND avaient préconisé l'hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes irréductibles comme excellente voie de drainage au milieu du petit bassin. Cette intervention a été tour à tour rejetée, puis préconisée par de nombreux chirurgiens.

GOSSET a écrit que, dans ces annexites suppurées graves, ne refroidissant pas, l'hystérectomie vaginale trouvait sa plus belle indication.

J.-L. FAURE partage cette opinion : « Dans les suppurations graves diffuses et virulentes du petit bassin, avec poches multiples, température élevée et mauvais état général, la vaginale trouve une bonne indication. »

BÉGOUIN la préconise dans les salpingites tuberculeuses secondairement infectées.

WEIBEL, en Angleterre, plus récemment LOGOTHOPOULOS, en Grèce, se sont faits les défenseurs de la voie vaginale dans les annexites suppurées. Ce dernier utilise la voie vaginale dans les salpingites qui résistent au traitement médical ; il pratique l'ablation de l'utérus et des annexes par voie basse ; une incision latérale de débridement périnéal permet, selon l'auteur, l'introduction de la main entière de l'opérateur dans le bassin après extraction de l'utérus par hémisection. Les masses annexielles sont ainsi décollées à la main, en suivant le meilleur plan de clivage. Il aurait ainsi opéré 14 cas de pyosalpinx avec

deux morts, dont l'une seulement aurait été consécutive à l'intervention.

BAILLIS, dans sa thèse, s'est fait le défenseur de la voie vaginale ; pour lui, l'indication essentielle réside dans les échecs de la colpotomie.

Que faut-il penser de cette intervention ?

Nous la croyons, en réalité, formellement contre-indiquée dans les annexites. La plus belle critique que l'on puisse faire à la voie vaginale est, à notre avis, la statistique de VON TOTH qui rapporte 105 suppurations pelviennes traitées par hystérectomies vaginales avec deux morts, deux hémorragies secondaires, trois fistules intestinales, deux laparotomies secondaires pour lésions intestinales ; cela fait 9 accidents dont deux morts, pour un chirurgien particulièrement entraîné.

La vaginale dans les suppurations pelviennes est une opération aveugle, le chirurgien travaille au fond d'un puits sur un utérus fixé qui ne descend pas ; elle est dangereuse par la possibilité de lésions vésicales ou intestinales, l'impossibilité de réparer correctement ces lésions, par la difficulté de son hémostase. Nous ne croyons pas inoffensif ce véritable curage manuel du petit bassin, préconisé par LOGETHOTOPOULOS.

Donc, opération dangereuse, très difficile, mais aussi insuffisante dans nombre de cas ; elle n'assure nullement un bon drainage du pelvis et, malgré elle, les abcès pelviens continuent à évoluer pour leur

propre compte. Dans deux de nos observations, nous avons observé l'échec de l'hystérectomie vaginale.

Quelques auteurs ont essayé une simple amputation partielle du col, en vue d'obtenir un drainage pelvien. Les résultats ont été, en règle générale, à peu près nuls. Nous rapporterons, à ce sujet, une observation publiée par GROZESCU à la *Société de Gynécologie de Bucarest* :

Femme de 27 ans, souffre depuis novembre 1922; entre à la clinique gynécologique le 4 janvier 1923. La température est à 38°5-39°, le pouls à 108, les douleurs abdominales sont très vives. Il existe une contracture avec défense sous-ombilicale. Au toucher vaginal, tumeurs bilatérales; le cul-de-sac de Douglas bombe et est très douloureux.

Le 9 janvier, une colpotomie postérieure n'amène aucune amélioration.

Le 18 janvier, cervicectomie suivie de drainage annexiel.

Le 29 janvier, la température oscille toujours, la cachexie progresse.

Le 8 février, on est obligé d'intervenir par voie abdominale. Hystérectomie par hémisection à chaud, la guérison est obtenue.

Nous avons ainsi étudié les échecs fréquents de la colpotomie; nous ne croyons pas à la valeur curatrice de l'hystérectomie vaginale; l'inconstance de

ses résultats et sa difficulté font qu'elle ne peut prendre une place de choix dans le traitement des suppurations annexielles.

La voie para-péritonéale par laparotomie latérale au-dessus de l'arcade crurale répond classiquement à une indication bien précise, le phlegmon du ligament large à évolution supérieure. Cette intervention a des indications assez rares dans le traitement des salpingites graves envisagées ; cependant, elle a pu être utilisée avec profit par le Professeur Mocquot chez une malade dont voici l'observation :

Mme B..., 43 ans, entre à l'hôpital Broca le 30 mai 1939 pour une crise douloureuse survenue brusquement une semaine auparavant et siégeant dans la fosse iliaque droite.

Cette malade avait déjà été hospitalisée dans le service, en mai 1938, pour un épisode analogue. L'examen, à ce moment, n'avait montré qu'un utérus un peu gros avec endocervicite, sans masse annexielle perceptible. Un traitement médical avait fait disparaître ces troubles.

Dans les antécédents de cette malade, on ne retrouve pas de fausse-couche, pas d'accouchements.

A l'examen, le 30 mai, la température dépasse 38° ; il n'y a pas de modification des règles.

Le toucher vaginal montre l'existence d'une grosse masse douloureuse faisant corps avec l'utérus, du volume de deux poings, surtout développée à droite ;

le col est bosselé, irrégulier ; un traitement médical est institué ; il comprend le lit, de la glace, des injections de propidon, puis du rubiazol *per os*.

Le 29 juin, les symptômes persistent ; la malade est subfébrile.

L'examen montre une tuméfaction très volumineuse collée à la paroi pelvienne droite.

Au toucher rectal, la masse se prolonge jusqu'au-dessus du promontoire.

Les rapports de cette masse avec le corps utérin sont difficiles à préciser.

La formule sanguine montre :

3.250.000 globules rouges,

7.000 leucocytes,

56 polynucléaires.

La gono-réaction est fortement positive.

L'intervention est décidée, en raison de la persistance des symptômes ; elle est pratiquée le 5 juillet 1939 par le Professeur Mocquot :

Laparotomie médiane ; en décollant des adhérences, on ouvre presque toute de suite un volumineux abcès, on draine et on renonce à l'opération radicale.

La malade se remet bien, mais il persiste, dans la région sus-pubienne une fistule qui suppure abondamment.

En septembre 1940, en raison de la fermeture temporaire de l'hôpital Broca, la malade passe à l'hôpital Saint-Louis.

Le 14 octobre 1940, le professeur Mocquot fait une tentative d'hystérectomie vaginale, espérant, par

l'ablation de l'utérus, drainer la poche au point déclive.

L'opération est très difficile, en raison de l'étroitesse relative du vagin et surtout de la fixité de l'utérus qu'il est impossible d'abaisser. On enlève par morcellement, la plus grande partie de l'utérus.

Cette intervention n'a pas donné les résultats recherchés ; l'abcès n'a pas pu être drainé par le vagin ; la fistule sus-pubienne continue à suppurer abondamment, empêchant toute intervention par voie haute.

Dans ces conditions, le 11 décembre 1940, on pratique une incision inguinale droite ; après avoir décollé le péritoine, on atteint par cette voie la poche d'abcès, en se repérant sur un clamp courbe introduit par la fistule ; on peut ainsi ouvrir et drainer l'abcès pelvien, dans l'espoir d'obtenir la fermeture de la fistule médiane.

En réalité, ce résultat n'est pas entièrement obtenu ; la fistule médiane a bien diminué, mais persiste cependant ; l'abcès se draine insuffisamment par l'incision inguinale. Des instillations de collagol sont pratiquées fréquemment dans la poche abcédée.

Le 18 mars 1941, nouvelle intervention (Professeur MOCQUOT) : on taille une collerette cutanée autour de l'orifice fistuleux et on le suture pour oblitérer la fistule. Puis on fait l'incision médiane sous-ombilicale. Libération d'adhérences épiploïques ; on découvre une anse grêle adhérente au trajet fistuleux. Libération, suture et enfouissement des surfaces cruentées sur l'intestin.

La cavité pelvienne est comblée par deux grosses masses annexielles ; la gauche un peu moins volumineuse que la droite. Libération progressive, on arrive à reconnaître et à couper le pédicule tubo-ovarien gauche, puis on achève de libérer la poche gauche par dissection et décollement. A droite, le clivage est très difficile ; on est obligé de procéder par décollement avec section de tissus lardacés. Ligature du pédicule tubo-ovarien. On parvient ainsi à enlever la poche. On reconnaît alors ce qui reste de l'utérus ; on l'isole et on le coupe à la partie inférieure sans ouvrir le vagin. Hémostase. Large drainage avec trois lames de caoutchouc et une mèche. Suture de la paroi avec des catguts prenant le péritoine et aponévrose et des crins prenant toute la paroi.

Suites opératoires favorables. La malade a guéri sans incident.

Dans ce cas, après échec de la vaginale, la laparotomie sous-péritonéale a permis de drainer en partie la poche abcédée fistulisée à la paroi abdominale ; elle a permis de diminuer l'écoulement fistuleux, permettant ainsi une laparotomie secondaire.

Cependant, le drainage est souvent insuffisant, et non déclive ; le péritoine est adhérent, ne se laisse pas décoller facilement ; il se déchire. Certains ont préconisé une contre-incision dans le cul-de-sac latéral du vagin, en vue d'obtenir un meilleur drainage. Mais là encore, risque de lésions urétérales et vasculaires, insuffisance de drainage.

Nous ne parlerons pas de l'infiltration sympathique de la base du ligament large, recommandée par DANIEL et MAVRODIN, procédé qui n'a pas sa place dans le traitement de lésions suppurées.

Il nous reste maintenant à envisager comme mode de traitement de ces suppurations annexielles, la voie transpéritonéale, par laparotomie médiane sous-ombilicale.

Certains chirurgiens se contentent alors d'interventions palliatives :

GUMBAROW, HEYNEMAN se bornent à une simple laparotomie qui améliorerait grandement les lésions au même titre que la laparotomie dans les péritonites bacillaires.

HONCK préconise une irradiation par des rayons ultra-violet à ventre ouvert.

En 1931, ROTTER, de Budapest, a rapporté à la *Société Nationale de Chirurgie* un nouveau traitement chirurgical des annexites : la ligature des vaisseaux tubo-ovariens au niveau du ligament infundibulo-pelvien. Cette intervention, d'après son auteur, s'adresserait à des cas aigus et subaigus, réagissant mal au traitement médical, récidivant et frappant des femmes jeunes en pleine activité génitale. Il rapporte 30 observations dans lesquelles les résultats immédiats auraient été excellents et les résultats éloignés également bons.

FERRARI, d'Alger, a pratiqué cette opération dans deux cas de salpingite aiguë bilatérale, au 15^e et au 27^e jour de leur évolution, avec une température de 39°. Dans les deux cas, l'intervention amena une sédation immédiate des douleurs. Mais la première malade, revue deux mois après, si elle souffrait moins, présentait cependant deux masses annexielles encore volumineuses.

En réalité, on a sérieusement mis en doute l'efficacité de cette intervention. On peut se demander si le fait de lier les pédicules tubo-ovariens peut conduire à éteindre une infection aussi virulente. Cette thérapeutique, à notre sens, s'appliquerait plutôt à des salpingites parenchymateuses qu'à de véritables annexites suppurées.

La seule intervention logique, dans ces annexites suppurées, reste l'hystérectomie abdominale totale, pratiquée par une des nombreuses techniques connues.

C'est la tactique adoptée par LECÈNE qui écrit à ce sujet : « L'intervention, dans ces cas, devra toujours être abdominale, comporter la castration uni ou bilatérale avec hystérectomie, suivant les cas ; le drainage après hémostase aussi parfaite que possible et péritonisation par cloisonnement vésico-sigmoïdien, devra toujours être très large, abdominal seulement ou abdomino-vaginal avec des drains ou des mèches. Il sera toujours prudent de refermer la paroi en un seul plan de fil de bronze ou de crins doubles. »

Il est, en réalité, bien difficile de codifier une tactique opératoire ; ce sont les lésions elles-mêmes qui vont dicter les gestes de l'opérateur. Bien souvent, dans ces cas difficiles, on ne peut s'en tenir aux procédés typiques. Le chirurgien doit avoir présentes à l'esprit ces deux règles de tactique : aborder les lésions par le côté le plus favorable, ne pas chercher à enlever d'un seul bloc utérus et annexes ; procéder, si besoin est, par morcellement.

On pourra utiliser, suivant les possibilités, une des nombreuses techniques connues :

— soit le procédé américain commençant du côté où les annexes sont le moins malades ;

— soit l'hémisection utérine première à la manière de J.-L. FAURE ;

— soit l'hystérectomie par décollation antérieure, recommandée par BAZY et DE MARTEL ;

— plus rarement, l'hystérectomie par décollation postérieure qui exigerait un Douglas entièrement libre, ce qui est l'exception ;

— on pourra encore utiliser avec avantage le procédé de TERRIER, ablation première de l'utérus, puis ablation des masses annexielles de bas en haut ;

— souvent aussi, on passe entre l'utérus et l'une des annexes ; on enlève en bloc l'utérus et l'annexe opposée, puis on revient à la première.

— Dans certains cas, on fera d'abord une subtotalité que l'on pourra ensuite totaliser.

En somme, nombreux procédés possibles, encore une fois ; ce sont les lésions qui réclament l'emploi

de tel ou tel d'entre eux. Au cours de l'exérèse, on veillera, bien entendu, à une stricte limitation du champ opératoire ;

— l'aspirateur recueillera les exsudats purulents ;

— le décollement des masses annexielles sera fait avec douceur, par dissection progressive aux longs ciseaux courbes, plutôt que par tractions manuelles ;

— on s'efforcera de respecter, dans la mesure du possible, la séreuse péritonéale.

Après l'exérèse, l'hémostase sera vérifiée soigneusement ; les surfaces cruentées et saignantes, les débris des tumeurs annexielles seront électro-coagulés.

La péritonisation, dans ces cas, est souvent impossible, tout le pelvis se trouve largement dépéritonisé. Tout au plus, pourra-t-on mettre quelques points de péritonisation sur les bords latéraux du petit bassin, enfouissant les moignons de ligature des pédicules utéro-ovariens.

Le drainage sera très large, abdominal si l'on a pratiqué une hystérectomie subtotal. Le Mickulicz a fait ses preuves et semble de loin le meilleur procédé de drainage dans ces cas.

Le Professeur Mocquot utilise une variante du drainage à la Mickulicz ; il place 4 ou 5 lames de caoutchouc ondulé disposées en couronne autour des parois pelviennes ; au milieu de ces lames, une ou deux mèches très peu tassées.

Les avantages de ce procédé semblent être l'absence d'adhérences des mèches à l'intestin et aux parois pelviennes, d'où la possibilité de les enlever assez précocement.

cement et sans douleur, la facilité et l'indolence de l'ablation des lames.

Si l'hystérectomie a été totale, un large drainage vaginal sera mis en place ; il comprendra un drain entouré de deux mèches étalées dans la base des ligaments larges.

Après hystérectomie totale et drainage vaginal, beaucoup pratiquent la suture côlo-vésicale ; le Professeur MOCQUOT ne pratique qu'exceptionnellement cette suture ; il pense que les adhérences côlo-vésicales se forment spontanément et très vite, cloisonnant ainsi rapidement le petit bassin.

De toutes manières, une fois le drainage établi, le grand épiploon devra toujours être attiré et interposé entre la masse intestinale et le pelvis.

La mortalité, dans ces cas de salpingite suppurée grave, peut atteindre, selon LECÈNE, 8 à 10 %.

Nous croyons, en réalité, avec notre Maître MOCQUOT, que la mortalité peut atteindre des chiffres plus élevés. Ainsi en témoignent deux observations assez analogues de malades opérées par le Professeur MOCQUOT, dans son Service de l'hôpital Bichat.

OBS. I. — Mme X..., entre à l'hôpital Bichat avec une volumineuse salpingite bilatérale fébrile, et mauvais état général.

Le traitement médical ne donne aucune amélioration. Un gros abcès pelvien est ouvert par colpotomie. Malgré le drainage plusieurs fois rétabli, la température persiste, la malade se cachectise ; au bout

de deux mois et demi, on pratique avec difficulté une hystérectomie vaginale et on enlève partiellement la tumeur annexielle adhérente à l'intestin.

Le résultat cherché n'est pas obtenu. Après une sédation temporaire, les accidents reprennent et on est obligé de pratiquer une laparotomie pour extirper la poche annexielle. Malgré un large drainage du pelvis, avec des lames de caoutchouc et mèches, la malade meurt au bout de 6 jours de péritonite.

Examen de la pièce : tuméfaction inflammatoire présentant des cavités multiples remplies de pus et séparées par des cloisons.

OBS. II. — Mme X..., entrée à l'hôpital Bichat pour une volumineuse salpingite droite. Peu de jours après, on ouvre par colpotomie l'abcès tubaire ; mais une nouvelle poussée se produit, coïncidant avec l'apparition d'une salpingite gauche. L'abcès fut ouvert et drainé.

Pendant 3 mois, la température resta élevée, l'état général déclinait peu à peu, enfin se produisit une défervescence, mais la suppuration persistait, l'état général s'aggravait ; après un mois d'attente, on se décide à opérer.

Le petit bassin était rempli par les tumeurs annexielles inflammatoires, renfermant des abcès multiples, adhérents à l'épiploon, à l'intestin, aux parois pelviennes. Après une intervention très pénible, la malade meurt de choc dans la nuit suivante.

Ces deux observations témoignent de la gravité de ces interventions, gravité qui tient à de nombreux facteurs :

— le terrain tout d'abord ; on opère des malades fatiguées, déprimées par une suppuration prolongée, anémiques ;

— les difficultés de l'acte opératoire lui-même ;

— le décollement des masses annexielles est laborieux, souvent incomplet, ouvrant de larges surfaces cruentées et dépéritonisées ;

— les lésions intestinales ou vésicales consécutives ne sont pas rares ;

— l'ouverture de poches abcédées est à peu près constante ; l'infection y est encore virulente ; malgré une protection très soigneuse de la grande cavité, malgré l'aspiration, la dissémination péritonéale est toujours à craindre.

Le meilleur drainage après ces extirpations laborieuses est le tamponnement à la Mikulicz. Mais en admettant qu'il diminue le risque de péritonite, il n'enlève rien à la gravité de ces exérèses et n'empêche pas le choc.

JAYLE avait déjà insisté sur la gravité opératoire de ces formes de salpingites à pus fétide. Il rapportait 17 observations de malades opérées pour lésions suppurées et fébriles des annexes avec pus fétide ; sur ces 17 malades, 5 sont mortes dans les suites opératoires, de choc ou de péritonite. Au *Congrès Anglais de Gynécologie et Obstétrique*, à Manchester, HEN-

DREY rapporte 24 opérations de salpingite faites en période fébrile avec 9 morts consécutives.

Instruits par la gravité de ces cas et placés devant la nécessité d'une intervention chirurgicale, de nombreux auteurs ont cherché à diminuer les risques opératoires par des opérations faites extra-péritonéales.

DELBET écrivait :

« Lorsque le ventre est ouvert, il existe parfois des adhérences si étendues que l'extirpation paraît impossible ; trois procédés s'offrent alors :

— l'ouverture de la poche et son nettoyage, suivis du drainage sans suture à la paroi ;

— l'ouverture de la poche suivie de la suture et de la réduction ;

— la suture de la poche ouverte à la paroi abdominale, sorte de marsupialisation, déjà pratiquée par LAWSON-TAIT. »

Divers chirurgiens ont utilisé, en les modifiant, ces procédés :

FORGUE et MASSABUAU conseillent, dans certains cas de pyosalpinx volumineux ou d'abcès pelvi-péritoniques entourés d'adhérences, l'abord de la collection par une laparotomie franche. On se rend compte que la tumeur est difficilement extirpable, on protège le péritoine avoisinant par un matelas de compresses. Puis on ouvre et draine le foyer. LEJARS a eu recours à cette technique avec succès.

SAVARIAUD a rapporté à la *Société de Chirurgie* une technique un peu différente : il pratique une laparotomie, ponctionne la poche purulente, aspire le pus,

puis ouvre largement cette poche ; à travers sa paroi, il ponctionne en direction du vagin et par l'orifice, introduit un gros drain. Fermeture de l'abcès, péritonisation. Une observation de malade opérée et guérie ainsi est rapportée.

GEIFFERT, dans un article de l'*American Journal of Surgery*, se contente de ponctionner les poches abcédées, de remplacer le pus par un antiseptique et de fermer l'abdomen sans drainage.

COOKE, ayant eu, dans 33 cas de salpingite grave, une mortalité de 33 %, cherche à éviter l'ouverture de la grande cavité. Il préconise de petites incisions abdominales pour drainer les foyers de suppuration. Ces incisions seraient pratiquées au point où le feuillet pariétal du péritoine serait adhérent à la tuméfaction. D'après cet auteur, cette technique fut possible chez 14 malades sur 24.

Dans 4 cas, l'incision pénétra dans la cavité abdominale libre, mais au doigt la zone adhérente fut repérée et une autre incision pratiquée à ce niveau, après fermeture de la première.

Dans 6 cas, aucune adhérence pariétale ne fut retrouvée ; le péritoine fut alors suturé à la paroi de l'abcès et la plaie fermée avec de la gaze ; les jours suivants, incision de la poche à travers cette zone adhérentielle.

SCHAUTA conseillait de pratiquer un examen bactériologique extemporané sur lame.

La laparotomie est pratiquée ; si le pus recueilli par ponction de la poche est stérile ou s'il ne contient que

du gonocoque, on fera une extirpation complète de la poche. S'il contient des microbes autres, on ne fera pas d'opération radicale ; on suturera la poche à la paroi, on refermera partiellement l'abdomen et, cinq jours plus tard, on incisera la poche que l'on drainera.

SILBERMAN, dans sa thèse, inspirée par ROUX-BERGER, adopte la conduite suivante : si l'intervention par voie abdominale se présente trop difficile, il est indiqué de placer un Mikulicz après décollement des annexes, en laissant pour plus tard l'opération radicale.

Tous ces procédés dérivent d'un même principe et visent à un même but : assurer le drainage du petit bassin en excluant autant que possible la grande cavité ; réduire au minimum le choc opératoire.

Nous croyons cependant ces techniques bien insuffisantes.

L'ouverture simple des poches purulentes par l'abdomen va entraîner une suppuration interminable ; des fistules intestinales, des hémorragies secondaires pourront s'observer. D'autres abcès non drainés pourront passer inaperçus ; enfin, de nouveaux pourront se développer.

Seule, l'intervention comportant l'ablation des lésions est de mise chez ces malades.

Aussi, notre Maître, le Professeur Mocquot, instruit par ses deux échecs et se trouvant en présence de cas semblables, a eu recours quatre fois à une technique

particulière. Les malades ont été opérées en deux temps.

Dans un premier temps, trois fois par laparotomie médiane, une fois par incision transversale sus-pubienne, les lésions pelviennes ont été découvertes, isolées autant que possible par une libération douce et prudente des adhérences épiploïques et intestinales, vésicales et rectales.

Tantôt, la libération a pu être menée jusqu'au cul-de-sac de Douglas, tantôt il n'a été possible d'isoler que la partie supérieure des tumeurs annexielles.

La libération étant poussée aussi loin qu'elle pouvait l'être, sans danger et sans ouverture des abcès, on dispose autour des lésions, en utilisant les décollements pratiqués, une couronne de lames de caoutchouc ; des compresses de gaze sont bourrées dans la cavité restante et l'incision pariétale est partiellement refermée.

48 heures le plus souvent, une fois 3 jours après, on réintervient, ablation du tamponnement ; on laisse les lames de caoutchouc en place ; on pratique l'exérèse la plus complète que possible des poches suppurées, au bistouri électrique de préférence, nettoyant ainsi la cavité pelvienne.

On pratique une hémostase minutieuse. Un large drainage est laissé dans la cavité. Il se produit une suppuration abondante. Mais le péritoine déjà isolé par les adhérences n'a pas réagi. Quatre malades ont été opérées de la sorte avec plein succès.

Voici leurs observations :

Obs: III. — Mme G... entre à l'hôpital Bichat le 14 février 1935. Depuis 9 jours, elle présente des douleurs vives dans la fosse iliaque droite avec vomissements et température élevée, autour de 39°5. Le toucher vaginal montre, à droite, une tumeur volumineuse, dure, sensible, paraissant collée à l'utérus.

8 jours après, malgré le repos et la vaccination, la température reste élevée, la tumeur n'est pas modifiée, la malade urine par regorgement; on pense à un kyste de l'ovaire infecté.

Intervention : le 25 février.

Incision médiane sous-ombilicale. Nombreuses adhérences épiploïques et intestinales, masquant la cavité pelvienne; à droite, volumineuse tumeur adhérente à l'intestin grêle. Libération des adhérences intestinales. Evacuation par aspiration d'un volumineux pyosalpinx. On peut alors poursuivre le décollement et reconnaître un autre pyosalpinx à gauche. Tous les organes sont rouges, friables; pus fétide. Cinq lames de caoutchouc sont placées en éventail autour de l'utérus et des trompes; tamponnement au milieu; suture partielle de la paroi.

Le 27 février : nouvelle anesthésie; on enlève au bistouri électrique le pyosalpinx droit, partiellement le gauche.

Large drainage et tamponnement.

Les jours suivants, forte température qui décroît peu à peu. Le huitième jour, la température est à 37°.

— La peau se cicatrise peu à peu.

— 6 semaines après, l'utérus est petit et mobile, les culs-de-sac souples et indolores. La malade sort en bon état le 29 avril et a été revue depuis, en excellente santé.

OBS. IV. — Mme L... entre à l'hôpital Bichat le 3 octobre 1935, pour douleurs persistantes dans la fosse iliaque droite, exaspérées au moment des règles; constipation, mauvais état général, amaigrissement, sueurs, température.

A l'examen, il existe une volumineuse tumeur hypogastrique remontant dans la fosse iliaque droite. Au toucher, le col utérin est repoussé en arrière, le corps est confondu avec une énorme masse pelvienne. Malgré une série de piqûres de Propidon, la température persiste; pensant à une annexite tuberculeuse, on pratique une série d'injections d'antigène méthylique. Mais la température persiste et la tumeur augmente de volume.

Opération : le 6 novembre 1935. Rachianesthésie. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Volumineuse tumeur fluctuante à parois épaisses, occupant la moitié droite de la cavité pelvienne, collée à la paroi pelvienne, fortement adhérente en haut au cæcum et à la dernière anse grêle dont la paroi épaissie est fusionnée avec la tumeur. A gauche, il existe des adhérences péri-annexielles, mais pas de tumeur annexielle proprement dite.

On pratique la libération des adhérences épiploïques et rétro-utérines. On arrive sur les faces supé-

rière et postéro-interne de la tumeur, presque jusqu'au cul-de-sac de Douglas.

Isolement de la masse annexielle avec trois lames de caoutchouc et tamponnement.

48 heures après, sous anesthésie à l'évipan, on enlève le tamponnement, la poche suppurée est enlevée par fragments au bistouri électrique. Elle contient plusieurs cavités renfermant du pus et des débris nécrosés. Drainage avec un gros drain et des mèches.

Les suites opératoires sont très simples. La malade quitte l'hôpital le 30 décembre ; elle a été revue depuis, à plusieurs reprises ; la dernière fois, en mai 1937, elle a repris 15 kilogrammes ; elle est bien réglée. Le toucher vaginal ne montre rien d'anormal.

OBS. V. — Mlle D..., 28 ans, entre à l'hôpital Bichat, le 17 octobre 1935 ; a déjà eu, en juillet, une crise de salpingite aiguë.

Elle se plaint de douleurs très vives, la température est élevée, les urines sont purulentes.

Le toucher vaginal montre un empâtement pelvien considérable ; l'utérus est immobilisé par deux volumineuses tuméfactions annexielles. La cystoscopie montre une rougeur du bas-fond vésical.

Malgré un traitement sévère, la température persiste et prend un type nettement oscillant.

Le 22 novembre, intervention. Anesthésie au Schleich. Incision médiane sous-ombilicale. On découvre deux volumineuses tumeurs annexielles entourées de collections séreuses et adhérentes à la paroi

pelvienne et aux ligaments larges. Libération de l'épiploon et du cul-de-sac de Douglas ; isolement du pelvis avec quatre lames de caoutchouc. Tamponnement, suture partielle de la paroi.

Le 25 novembre, anesthésie à l'évipan. Ponction des deux poches annexielles, ramenant du pus. Puis, ouverture au bistouri électrique et résection partielle de la paroi.

A gauche, cavité irrégulière, cloisonnée, que l'on met à plat. A droite, vaste abcès unique dont on résèque partiellement la paroi.

Drainage et tamponnement de chaque côté.

L'examen du pus a montré la présence de pneumocoques.

L'amélioration est lente et progressive ; la plaie suppure abondamment, les urines restent purulentes.

La malade est sortie sur sa demande le 18 mars ; elle a été revue en mai avec un état général médiocre, une suppuration abondante persistait ; malgré les instances, elle n'a pas voulu rentrer à l'hôpital.

OBS. VI. — Mlle Suzanne M..., 18 ans, sténo-dactylo, m'est adressée à l'hôpital Broca, le 16 février 1937, par mon ami Douay.

Elle est malade depuis deux mois ; elle a été prise assez brusquement, le 12 décembre, de douleurs hypogastriques, d'abord à gauche, puis à droite, avec pertes blanches abondantes et élévation de température à 39°.

Au début de janvier, on a appliqué de la glace qui a été mal supportée ; à partir du 10 janvier, la malade a reçu une série d'injections de propidon qui n'ont pas donné de résultat ; la température continue à osciller entre 38 et 39°. La malade a maigri de 6 kilogrammes. Depuis quelques jours, elle se plaint de dysurie. Elle n'est pas constipée.

Les antécédents ne révèlent aucune particularité importante. Depuis l'âge de 14 ans, elle a des pertes blanches rosées très abondantes. Ses règles sont régulières, durant 3 à 4 jours ; elles sont très abondantes, non douloureuses, formées de sang rouge avec quelques caillots. Les dernières règles sont du 9 au 12 janvier. Elles sont revenues, avec quelques jours de retard, du 17 au 29 février.

L'examen pratiqué au moment de l'entrée à l'hôpital, montre une certaine défense pariétale dans la région hypogastrique. L'hymen intact permet l'introduction d'un doigt, mais les renseignements plus précis sont fournis par le toucher rectal.

Le col est un peu abaissé, l'utérus en position normale ; mais il existe, dans le Douglas, deux volumineuses tumeurs annexielles, plus grosse à gauche qu'à droite, douloureuses, dures, complètement fixées et collées à la paroi pelvienne.

Nous pensons à une tuberculose annexielle avec infection secondaire. L'examen du sang donne :

H. : 4.750.000,

L. : 18.000.

Formule leucocytaire :

Grands monos	10
Moyens monos	13
Petits monos	0
Polynucléaires	76
Eosinophiles	1

Dans les premiers jours, la température ne dépasse guère 38° le soir ; mais on s'aperçoit que l'ascension thermique se produit plus tard, vers 18 heures, et les oscillations s'élèvent progressivement à 39° et 39°5.

Le 1^{er} mars, on pratique une colpotomie.

Après débridement de l'hymen, colpotomie postérieure, à droite, on ne trouve pas de collection ; à gauche, on ouvre une cavité contenant un magma caséeux, et on y place un drain.

La température baisse immédiatement et ne dépasse pas 38° le soir ; la suppuration est abondante.

Le 9 mars, l'examen des urines décèle la présence de pus avec de très nombreux polynucléaires et des microbes Gram négatifs. Colibacilles. Pas de bacilles de Koch.

Mais le 20 mars, on constate encore la présence, dans le Douglas, d'une tumeur annexielle, volumineuse et douloureuse.

On fait des applications de chaleur et de lumière sur le ventre ; on injecte de petites doses de propidon. La température oscille légèrement entre 37 et 38° ; l'état général est assez bon.

Mais le 15 avril, du pus s'écoule encore abondamment par l'orifice de colpotomie.

L'examen du sang donne les résultats suivants :

G. R. : 4.500.000.

G. B. : 8.000.

Formule leucocytaire :

Grands monos	13
Moyens monos	15
Petits monos	6
Polynucléaires	65
Eosinophiles	1

Le toucher rectal montre la persistance des deux grosses tumeurs annexielles droite et gauche. La température remonte peu à peu.

Opération le 23 avril, premier temps :

Incision courbe sus-pubienne. Section de tous les plans de la paroi, y compris les muscles droits. Ouverture du péritoine.

De chaque côté, en arrière de l'utérus, il existe une volumineuse tumeur annexielle, formée par la trompe épaissie et distendue.

A droite, l'ovaire est perdu dans la masse; à gauche, il en est assez indépendant et paraît peu altéré.

Les trompes ne sont pas très adhérentes; cependant, la trompe gauche adhère en un point au côlon sigmoïde et, après séparation, il reste une surface ulcérée et fongueuse sur la trompe et sur l'intestin.

Sur l'intestin, la surface est cautérisée au galvano et enfouie par un double surjet.

Les deux poches tubaires adhèrent aux ligaments larges et dans le fond du Douglas. Après les avoir isolées autant que possible, on dispose trois lames de

caoutchouc en arrière et deux en avant et on tasse entre elles deux grosses compresses de gaze.

Fermeture partielle de l'incision pariétale.

Trois jours après, le 26 avril, la malade est endormie à nouveau. Après avoir enlevé les points de suture, on enlève le tamponnement et on met à nu l'utérus et les annexes, isolés entre les lames de caoutchouc. Celles-ci sont enlevées. A droite, le péritoine n'est pas tout à fait fermé et le cæcum tend à descendre dans le bassin ; il est maintenu sous une compresse.

Au bistouri électrique, on dissèque et on enlève les annexes droites, en commençant par la section de la trompe, près de la corne utérine ; on arrive à isoler, lier et couper le pédicule utéro-ovarien et on peut alors achever la libération de la trompe adhérente dans le Douglas. L'ovaire est englobé dans la paroi de l'abcès tubaire.

A gauche, même opération ; mais, de ce côté, l'ovaire est reconnaissable et peu altéré. On en conserve une partie en enlevant la trompe, fortement adhérente, elle aussi, dans le fond du bassin et communiquant avec le vagin.

Les trompes enlevées, on achève de nettoyer le petit bassin des débris fongueux qui restent autour de l'orifice de colpotomie. Hémostase. Thermo-cautérisation des bords de l'orifice vaginal. La cavité pelvienne est isolée avec trois lames de caoutchouc, deux en arrière, une en avant ; deux mèches au milieu. Ré-

duction de l'anse grêle extériorisée. Suture de la plaie partiellement.

Examen de la pièce (a confirmé le diagnostic). Salpingite tuberculeuse et caséuse.

Les suites opératoires ont été remarquablement simples ; à la fin de la première semaine, la température était revenue à la normale. Les derniers éléments de drainage ont été enlevés le 19^e jour.

La plaie a continué à suppurer assez abondamment sans fièvre.

Les règles sont revenues du 28 mai au 1^{er} juin ; les précédentes étaient du 7 au 10 avril.

La cicatrisation s'est faite très lentement.

La malade a quitté l'hôpital le 26 juin, la plaie n'étant pas encore cicatrisée.

Elle a été revue depuis, le 12 juillet, ayant grossi de 6 kilogrammes ; l'état général est satisfaisant. Il y a eu quelques pertes blanches. Les règles ont été normales du 26 au 29 juin. La cicatrisation a fait d'importants progrès.

Le 26 octobre, très bon état général ; règles régulières tous les 26 jours, persistance d'une fistule qui donne très peu. Abdomen souple, aucun trouble urinaire ou digestif.

Le 30 novembre, la fistule persiste toujours. Au toucher, l'utérus paraît normal, mobile ; le pelvis souple. Début d'éventration.

Depuis, la malade a été revue à diverses reprises ; la fistule qui persistait sur la cicatrice s'est fermée ; la jeune fille s'est mariée et se portait bien jusqu'à

la fin de 1938. A ce moment, sont apparues des douleurs dans la hanche gauche qui ont fait craindre un début de sacro-coxalgie.

Les symptômes ont évolué très lentement, mais le diagnostic s'est confirmé. La malade a été envoyée à Berck. Revenue à cause de la guerre, elle a été soignée à Garches par le docteur Richard qui l'a opérée en octobre 1940. L'évolution paraît satisfaisante.

L'éventration s'est accentuée et une opération avait été envisagée. Mais la malade ne l'a pas acceptée.

La comparaison de nos six observations est particulièrement suggestive.

D'une part, deux malades opérées en un temps dans des conditions difficiles, succombent rapidement, l'une à la péritonite, l'autre au choc opératoire ; d'autre part, 4 malades opérées à chaud pour de très graves lésions pelviennes et qui guérissent.

Pour l'une d'elles, cependant, le résultat final n'est pas connu, la malade étant rentrée chez elle sans tenir compte des conseils qui lui furent donnés.

Les résultats obtenus par cette tactique opératoire nous permettent de la préconiser dans tous les cas où le chirurgien a quelques craintes sur les suites opératoires.

La décision d'intervenir en deux temps ne sera prise qu'une fois le ventre ouvert, en présence des lésions. Si la malade paraît résistante, si les masses annexielles sont facilement clivables, l'hystérectomie en un temps sera pratiquée.

Mais si l'on se trouve chez une malade fatiguée, en présence de volumineuses lésions annexielles bilatérales, suppurées et fébriles, adhérentes étroitement aux viscères voisins, il faut savoir s'arrêter et, après avoir libéré côlon et intestin grêle, remettre à un deuxième temps l'exérèse des lésions. Cette intervention en deux temps permettra de diminuer le choc opératoire et surtout d'éviter les risques de péritonite secondaire.

CONCLUSIONS

De cette étude, nous pensons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

I. - Le traitement essentiel des salpingites aiguës reste le traitement médical.

II. - Dans certaines éventualités, cependant, on peut discuter l'intervention précoce ; la présence de température ne constitue pas une contre-indication, mais au contraire une indication opératoire.

Ces interventions précoces peuvent être pratiquées avec succès dans :

- les salpingites unilatérales ;
- le pyosalpinx vrai qui ne guérit jamais par un traitement médical.

III. - L'association salpingite et grossesse comporte une sanction thérapeutique impérative :

- l'ablation de l'annexe ou des annexes malades, si l'on veut éviter de graves complications.

IV. - Mais, parfois, il arrive qu'une salpingite ne cède pas au traitement médical le mieux conduit et entraîne un état général grave.

Les lésions anatomiques qui sont la cause de cette gravité sont :

- parfois l'existence de fistules salpingiennes ;
- plus souvent, la présence d'abcès de l'ovaire ou une surinfection des poches purulentes ;
- quelquefois, l'appendice iléo-cæcal inclus dans la tumeur annexielle.

L'indication chirurgicale, dans ces cas, est absolue :

- la colpotomie est souvent insuffisante et inefficace ;
- l'hystérectomie vaginale est difficile et dangereuse ; elle n'assure pas toujours un bon drainage ;
- la laparotomie sous-péritonéale a quelques rares indications.

— Mais, seule, l'intervention par voie abdominale, avec exérèse des lésions, est le traitement de choix.

V. - La gravité de cette intervention par voie haute est indéniable. La mortalité en est élevée.

Dans le but de diminuer la gravité de l'acte opératoire, nous précisons la technique employée et nous conseillons, en présence de lésions importantes, d'un état général grave, d'intervenir en deux temps :

- premier temps : libération des lésions,
protection de la grande cavité
péritonéale ;
- deuxième temps : exérèse des masses annexielles.

Les résultats obtenus par cette technique semblent nous autoriser à préconiser son emploi dans les cas de salpingite grave, suppurée et fébrile.

VU : *Le Doyen,*

A. BAUDOUIN.

VU : *Le Président de Thèse,*

PIERRE MOCQUOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le Doyen de la Faculté des Sciences,
chargé des fonctions de Recteur
de l'Académie de Paris,*

MAURAIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ABEL. — Sur le traitement des annexites. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, n° 3, 18 janvier 1929.)
- ALDRIDGE. — 1.066 cas de salpingite. (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, mars 1930.)
- AMELINE. — Des interventions « à tiède » en gynécologie. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 25 juillet 1938.)
- AUVRAY. — Salpingite purulente et grossesse. (*Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 12 janvier 1925.)
- BAILLIS. — Les suppurations pelviennes et leur traitement par l'hystérectomie vaginale. (*Thèse Paris*, 1929.)
- BALDWIN. — *American Journal of Obst. and Gyn.*, 1932, vol. 23.
- BAUDET. — Contribution à l'étude de l'influence de la grossesse sur les salpingo-ovarites. (*Thèse Paris*, 1921.)
- BEUTTNER. — Relations de l'appendice et des organes génitaux. (*Gynécologie et Obstétrique*, 1923, VIII, p. 309.)
- BIDOIRE. — Salpingite et grossesse. (*Société d'Obst. et de Gynéc.*, 6 fév. 1939.)
- BOURG. .. Pyosalpinx et grossesse. (*Le Scalpel*, 8 sept. 1928.)
- BRINDEAU. — Salpingite et grossesse. (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, juillet 1939.)
- BROcq. — Traitement chirurgical de la tuberculose génitale. (*Gynécologie et Obstétrique*, août 1933.)
- BOURNE-BOURNEY. — Discussion sur le traitement des salpingites aiguës. (*British Medical Journal*, sept. 1923.)

- BURNELL. — Shall we operate upon acute pus tubes. (*American Journal of Obst. and Gynec.*, 1932.)
- CAPETTE et DEVE. — Salpingite et grossesse. (*Société d'Obst. et de Gynécol.*, 9 mars 1925.)
- CAPETTE et SUREAU. — Salpingite et grossesse. (*Société d'Obst. et de Gynécol.*, 9 mars 1925.)
- CHALIER. — Traitement des pyosalpinx spontanément ouverts dans le rectum. (*Gynécologie et Obstétrique*, Paris, 1923, VII, 4, 294.)
- CHAVANNAZ. — Traitement chirurgical des salpingites suppurées ouvertes dans le rectum. (*XXIII^e Congrès de Chirurgie*, Paris.)
- CHOMÉ et PETIT. — Inflammations péri-utérines. (*Encyclopédie médico-chirurgicale*.)
- CHRISTIDE. — Chirurgie des annexites aiguës. (*Gynecologia si obstetricia*, Bucarest, n° 7-8, avril, mai, juin 1938.)
- COOKE. — Traitement des cas de persistance de la phase active de la péritonite annexielle. (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 28, n° 6, décembre 1934.)
- D'ALLAINES. — Rupture d'un abcès de l'ovaire. (*Bulletins de la Société de Chirurgie*, 1929, p. 1.372.)
- DANIEL et MAVRODIN. — Nouvelle méthode de traitement des annexites. (*Bulletin de la Société de Gynécologie de Bucarest*, séance du 5 décembre 1937.)
- DELBET. — Traité des suppurations pelviennes, 1891.
- DELORD. — Les abcès de l'ovaire. (*Bulletins de la Société d'Obst. et de Gynécol.*, p. 268, avril 1935.)
- DE ROUVILLE et MOCQUOT. — *Congrès de Chirurgie de Paris*, 1926.
- DESMAREST. — Sur un cas de salpingite unilatérale. (*Gynécologie et Obstétrique*, 1927.)
- DESMAREST et BENOIST. — L'avenir des colpotomisées. (*Gynécologie et Obstétrique*, juin 1932.)

- DEVRAIGNE et RAVINA. — Salpingite aiguë et gestation. (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 3 mai 1937.)
- DIEULAFÉ. — Liaisons appendiculo-ovariennes. (*Bulletins Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1926, XV.)
- DUWE. — Contribution au traitement des tumeurs annexielles gonococciques. (*Zentralblatt für Gynaekologie*, 5 avril 1924, 14 juin 1924, 21 juin 1924.)
- ESQUIROL. — Technique de l'hystérectomie vaginale. (*Thèse Paris*, 1936).
- FABRICIUS. — Comment traiter les annexes enflammées. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 11 septembre 1930.)
- FAURE (J.-L.) et BÉGOUIN. — Traitement des suppurations annexielles. (*Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, août 1919, n° 8.)
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.
- FARR et FINDLAY. — Salpingite. (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, novembre 1929.)
- FIGARELLA et MADILHAC. — Péritonite diffusante dans les salpingites suppurées. (*Revue Française de Gynécologie et Obstétrique*, n° 10, oct.-déc. 1939.)
- FIGARELLA, DONNET et BOUILLON. — A propos de la colpotomie. (*Marseille Médical*, 5 mai 1939.)
- FOLKE HOLTZ. — Absès de l'ovaire. (*Acta obstetrica et gynecologia scandinavica*, 1930, vol. X, fasc. 1.)
- FORGUE et MASSABUAU. — Traité de Gynécologie.
- FOSSEL. — A propos des inflammations suppurées hémotogènes de l'ovaire. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, n° 12, 25 mars 1938.)
- FRUHHNSHOLZ. — Salpingite et grossesse. (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy*, 19 déc. 1928, et *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy*, 17 juillet 1929.)

- GAMBAROW. — Le traitement des maladies inflammatoires des annexes. (*Zentralblatt für Gynakologie*, 8 août 1931.)
- GAULIER-FALGUIÈRE. — Traitement chirurgical restaurateur de la perméabilité tubaire dans les salpingites. (*Thèse Paris*, 1933.)
- GAYET. — Pyosalpinx fistulisé dans la vessie. (*Lyon Chirurgical*, 1923, XX.)
- GEFFERT. — Salpingites. (*American Journal of Surgery*, septembre 1936.)
- GUMBRECHT. — Traitement des tumeurs inflammatoires des annexes. (*Zentralblatt für Gynakologie*, n° 27, 3 juillet 1937.)
- GUYOT. — Pyosalpinx ouvert dans le rectum, la vessie. (*Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1926, XV, 2.)
- GREEN-CUMSTON. — Appendicite et annexite. (*Revue française de Gynécologie et Obstétrique*, Paris, 1923, XVIII.)
- GRIMAULT. — Suppuration abdomino-pelvienne au cours de la grossesse. (*Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1922, p. 511.)
- GROZESCU. — Hystérectomie abdominale à chaud pour annexites suppurées. (*Gynecologia si Obstetricia* (Bucarest), 1923, II, n° 516.)
- HALTER. — Le traitement chirurgical des affections génitales inflammatoires et septiques. (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, 27 novembre 1937.)
- HARTMANN. — Appendicite et annexite. (*Annales de Gynécologie et Obstétrique*, 1908.)
- HENKEL. — Considérations cliniques et thérapeutiques sur les inflammations annexielles. (*Medizinische Klinik*, 8 juillet 1925.)
- HONCK. — Traitement conservateur des pyosalpinx par incision abdominale. (*Zentralblatt für Gynakologie*, 1923.)
- HUET. — Ruptures et perforations de pyosalpinx en péritoine libre. (*Journal de Chirurgie*, février 1924.)

- HUGUENIN-REVEL (M^{me}). — L'opération précoce dans les salpingites suppurées. (*Thèse d'Alger*, 1939.)
- JAYLE. — Etude statistique de 500 cas de laparotomie pour lésions inflammatoires ou néoplasiques utéro-annexielles. (XX^e Congrès de Chirurgie de Paris.)
- KAHR. — Abscès de l'ovaire. (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1^{er} janvier 1938.)
- KATZ. — Faut-il ou non opérer une tumeur annexielle suppurée ? (*Zentralblatt für Gynakologie*, n° 27, 27 mai 1922, et *Zentralblatt für Gynakologie*, 9 mars 1929.)
- KONRAD. — Le traitement opératoire des annexites. (*Zentralblatt für Gynakologie*, n° 44, 3 nov. 1928 ; n° 45, 10 nov. 1928.)
- Aperçus thérapeutiques concernant les maladies inflammatoires sévères des annexes. (*Archiv für Gynakologie*, 13 novembre 1929.)
- LAPEYRE. — Opération précoce dans les annexites. (*Montpellier Médical*, 15 mars 1933, t. III, n° 3.)
- LAURENTIE. — Salpingite et grossesse. (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Toulouse*, 28 janvier 1925.)
- LECÈNE. — Diagnostics anatomo-cliniques, t. II.
- LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale, t. III.
- LEJARS. — Perforations pyosalpingiennes. (*Semaine Médicale*, 1911.)
- LEVEUF. — *Société Nationale de Chirurgie*, 3 février 1932.
- La restauration de la perméabilité tubaire dans les salpingites bilatérales. (*Archives franco-belges de Chirurgie*, 1931-1932, n° 10, octobre 1932.)
- LÉVY. — Appendicite et annexité. (*Thèse Montpellier*, 1920.)
- LOGOTHETOPOULOS. — Extension des indications des opérations vaginales aux formes graves de salpingite grâce à ma méthode d'hémostase. (*Satrikí Proodos*, an. 41, n° 4, avril 1936.)
- MAYER. — Chirurgie des inflammations annexielles. (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, n° 40, 1^{er} octobre 1932.)

- MÉTIVET. — Du traitement des salpingites. (*Société Nationale de Chirurgie*, 17 février 1932.)
- MOCQUOT. — *Société de Chirurgie*, 21 avril 1926.
- Du traitement des salpingites. (*Société Nationale de Chirurgie*, 13 avril 1932.)
- Les abcès pelviens d'origine génitale ouverts dans l'intestin. (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, n° 5, mai 1939.)
- MONDOR. — Les diagnostics abdominaux urgents.
- MORICE. — Le traitement de certains pyosalpinx par la salpingostomie. (*Thèse Paris*, 1924.)
- MOULONGUET, BROCC et GIBERT. — *Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française*, 1933.
- PANKOW. — Indications et technique opératoire dans les affections inflammatoires des annexes. (*Der Chirurg.*, fasc. 8, 15 avril 1930.)
- PAPIN. — Les annexites. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 20 février 1935.)
- PICART-LEROY. — Les abcès pelviens ouverts dans l'intestin. (*Thèse Paris*, 1939.)
- PINTO. — *Thèse Paris*, 1931.
- REEB. — Salpingite suppurée au début de la grossesse. (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Strasbourg*, 6 mars 1926.)
- REVEL-MOREAU. — Drainage dans les kystérectomies pour salpingite suppurée grave. (*Thèse Paris*, 1930.)
- ROTTER. — Nouveau traitement chirurgical des annexites inflammatoires. (*Société Nationale de Chirurgie*, 4 novembre 1931.)
- SAVARIAUD. — Salpingostomie vaginale pratiquée par l'abdomen dans les pyosalpinx inextirpables. (*Bulletins de la Société de Chirurgie*, 1922, p. 1.366.)
- SCHWARTZ. — Traitement des salpingites. (*Société Nationale de Chirurgie*, 27 avril 1932.)

- SILBERMANN. — Principales voies d'abord des suppurations pelviennes chez la femme. (*Thèse Paris*, 1936.)
- SIMPSON. — Le moment de l'intervention dans les inflammations pelviennes. (*Société Américaine de Gynécologie*, 34^e Congrès, 20-22 avril 1909.)
- SZTEHLO. — Sur le traitement chirurgical des annexites suppurées. (*Zentralblatt für Gynakologie*, 1^{er} septembre 1928.)
- THALER. — Traitement des infections pelviennes. (*Archiv für Gynakologie*, t. XLIII, 1911.)
- TOTH (Von). — Indications techniques et résultats de l'hystérectomie vaginale. (*Archiv. für Gynakologie*, 1929, p. 902.)
- VIOLET. — Pyosalpinx opéré en pleine poussée de péritonite diffuse. (*Lyon Médical*, 1925.)
- YOUNG et Mac. GREGOR. — Traitement des salpingites. (*The British Medical Journal*, 18 juin 1932.)
- WATJEN. — Contribution à l'étude histologique des abcès de l'ovaire. (*Beitrage zur Geburtshilfe und Gynaekologie*, 1911, Bd. XVI, p. 282.)
- WEIBEL. — Technique des opérations par voie vaginale dans les annexites. (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 1^{er} janvier 1929.)
- WHARTON. — Les abcès pelviens. (*Archives of Surgery*, 1921, t. II.)
- WIGGER. — Inflammations des annexes et leur traitement. (*Munchener Medizinische Wochenschrift*, 4 septembre 1931.)

IMPRIMERIE SPECIALE DE LA LIBRAIRIE ARNETTE
